

Parcours professionnels de médecins généralistes belges francophones diplômés entre 1999 et 2013

RAPPORT D'ETUDE

Janvier 2018

Lenoir Anne-Laure, Leconte Sophie, Cayn Marion, Ketterer Frédéric, Duchesnes Christiane, Fraipont Bénédicte & Richelle Lou

Remerciements

Nous tenons à remercier le Centre de Coordination Francophone pour la Formation des Médecins Généralistes (CCFFMG) qui a financé cette étude.

Nous sommes également reconnaissants à tous les jeunes généralistes qui ont participé à cette partie de l'étude de nous avoir accordé du temps pour un entretien.

Table des matières

1. Introduction.....	3
2. Méthodologie	3
2.1. Population étudiée	3
2.2. Méthode de récolte des données	4
2.3. Analyse des entretiens	4
2.4. Comité d'éthique.....	5
3. Résultats	5
3.1. Présentation des répondants	5
3.2. Parcours des diplômés de médecine générale.....	7
3.2.1. Première période : avant le choix des études de médecine	8
3.2.2. Deuxième période : les études de médecine	10
3.2.3. Troisième période : la formation spécifique en médecine générale et l'installation ...	14
3.2.4. Quatrième période : après l'obtention du diplôme de spécialiste en médecine générale	17
3.3. Suggestions émises par les diplômés afin d'améliorer l'attraction et le maintien dans la profession des médecins généralistes.....	23
3.3.1. Catégorie 1 – Suggestions relatives aux enseignants et aux contenus des études.....	24
3.3.2. Catégorie 2 – Suggestions relatives à la qualité des stages	24
3.3.3. Catégorie 3 – Suggestions relatives au soutien des médecins généralistes	25
4. Discussion	26
4.1. Enseignements principaux de l'étude et confrontation à la littérature.....	26
4.1.1. Parcours professionnels	26
4.1.2. Facteurs influençant les choix professionnels	28
4.2. Forces et faiblesses de l'étude	33
5. Conclusion	35
Bibliographie.....	36
Annexe 1 : Guide d'entretien de l'étude.....	39
Annexe 2 : Grille d'analyse de l'étude.....	41

1. Introduction

En 2015, le Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale (CCFFMG), responsable de l'encadrement des médecins généralistes en formation a commandité une étude portant sur les diplômés de médecine générale des trois universités francophones belges entre 1999 et 2013. Cette étude, décomposée en deux phases, avait pour objectif d'obtenir un état des lieux des activités professionnelles de ces diplômés puis d'identifier de potentiels facteurs en faveur de l'attraction et du maintien dans la profession de médecin généraliste.

La première phase de l'étude, réalisée lors de l'année 2015, a souligné l'hétérogénéité des activités professionnelles des diplômés de médecine générale tant en termes de types d'activités pratiquées que de temps de travail. En effet, bien qu'ayant le même diplôme, ces médecins pratiquaient des activités professionnelles différentes, et ceux qui avaient choisi d'exercer en tant que médecins généralistes avaient des modes variés d'organisation du travail.

De ce fait, au-delà de l'étude des statuts professionnels atteints par les diplômés au moment de l'enquête, se posait la question du cheminement et des choix professionnels les ayant menés à pratiquer, ou non, la médecine générale.

Or, la littérature scientifique semble manquer d'analyses globales des facteurs ayant contribué aux choix d'orientation professionnelle des diplômés en médecine générale sur l'ensemble de leurs parcours. Ainsi, certaines études se sont concentrées sur la recherche de corrélations entre le choix de spécialisation et les caractéristiques des étudiants (leurs valeurs, leurs besoins à satisfaire, leurs perception des spécialités ou encore les caractéristiques des facultés de médecine) (1). D'autres études se sont quant à elles focalisées sur les médecins généralistes en exercice afin d'étudier, par exemple, les facteurs agissant sur leur satisfaction au travail ou sur leur intention de quitter la profession (2,3). De plus, alors que pour Gringas, la « carrière » fait référence au sens que l'individu donne à ses choix professionnels successifs, la plupart de ces études sont des enquêtes quantitatives qui ne permettent pas de comprendre les processus d'orientation (4).

L'étude présentée dans ce rapport, réalisée entre 2015 et 2016, a pour objectif de combler ce manque en décrivant, tout d'abord, les parcours d'un échantillon de diplômés de médecine générale des trois universités francophones belges entre 1999 et 2013, puis en identifiant les facteurs ayant influencé leurs choix professionnels. L'identification de ces facteurs permettra, éventuellement, dans un deuxième temps, de déterminer ceux qui pourraient améliorer l'attraction et le maintien dans la profession de médecin généraliste.

L'équipe de recherche, composée de chercheurs des trois Universités belges francophones, était la même que celle de la première phase.

2. Méthodologie

2.1. Population étudiée

Le recrutement des personnes interrogées fut réalisé sur base du questionnaire de la première phase de l'étude portant sur les activités professionnelles des diplômés en médecine générale des trois universités francophones entre 1999 et 2013.

Le premier facteur conditionnant le recrutement renvoyait à l'acceptation préalable, lors de la passation du questionnaire de cette précédente étude, d'être recontacté pour un entretien.

Ensuite, le recrutement fut réalisé en distinguant trois groupes-cibles sur lesquels des informations ont été récoltées, en lien avec l'objectif de mieux appréhender la diversité des parcours professionnels :

les diplômés exerçant la médecine générale à temps plein¹, ceux l'exerçant à temps partiel et ceux ne pratiquant plus la médecine générale. Ces trois groupes ont pu être constitués sur la base des réponses au questionnaire, qui était nominatif.

L'échantillon a été constitué de manière telle qu'il permette d'étudier les paramètres d'influence sur les parcours tels qu'identifiés dans le chapitre ci-dessus : le sexe, l'année d'obtention du diplôme, le type d'activité professionnelle pratiquée, et, pour les médecins généralistes en exercice, le type de pratique. Une attention complémentaire fut apportée pour diversifier les répondants selon leur université d'origine et, pour ceux exerçant la médecine générale, leur lieu de pratique.

2.2. Méthode de récolte des données

La technique des entretiens semi-dirigés fut choisie, car elle permettait de mieux saisir le sens que les individus attribuent à leurs choix, à leur vécu et à leurs activités, mais également de mieux faire ressortir les liens et la logique qu'ils établissent à partir de leur parcours professionnel, fût-ce *a posteriori* (5).

Le guide d'entretien, en annexe 1, a été construit de façon à considérer le parcours des diplômés de manière chronologique, en reprenant les grandes étapes du parcours des diplômés de médecine générale, à savoir : les études de médecine, la formation spécifique en médecine générale et l'évolution de la situation professionnelle, jusqu'à la situation coïncidant avec le moment de l'étude.

Les entretiens ont été réalisés par six membres de l'équipe de recherche. Les chercheurs ont interrogé des diplômés de l'université à laquelle ils étaient affiliés. Vingt entretiens devaient être réalisés par université.

Ces entretiens, d'une durée comprise entre vingt-deux et septante minutes (avec une moyenne de quarante-trois minutes), ont été enregistrés après obtention de l'accord du participant, puis intégralement retranscrits.

2.3. Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens a été réalisée en deux phases.

La première phase a consisté en une analyse thématique des entretiens. Elle a été réalisée à l'aide d'une grille structurée reprenant la chronologie du parcours professionnel, dans le but d'identifier les facteurs d'influence des parcours des diplômés de médecine générale. (Annexe 2) Les résultats ont été analysés par deux chercheurs, médecins généralistes. Afin de réduire les biais liés à l'interprétation des propos, les *verbatim* ont été contrôlés par un chercheur de formation différente (un sociologue).

Quant à la seconde phase, elle consistait en une analyse biographique, se rapprochant des récits de vie. Elle a été réalisée afin de retracer la trajectoire singulière des individus. Pour cela, une représentation graphique des parcours fut effectuée. Celle-ci avait pour objectif de représenter les parcours en les séquençant selon les grandes étapes décrites au point 2.1.2. et, en indiquant les choix professionnels des diplômés à la fin de ces étapes. Ensuite, les facteurs ayant influencé les choix des diplômés étaient ajoutés. Ces facteurs étaient identifiés grâce aux questions de relance permettant au chercheur, lors des entretiens, de demander aux diplômés d'exposer les raisons les ayant conduits à poser un choix professionnel. Ils étaient indiqués sur la représentation graphique en leur attribuant l'intitulé défini par l'analyse thématique. Notons qu'une distinction a été faite entre les facteurs influençant le parcours professionnel et ceux influençant les choix des diplômés, car certaines modifications du parcours peuvent être liées, non pas à des choix, mais à des contraintes. Ensuite,

¹ Tel que défini dans la première phase de l'étude, à savoir un minimum de 38 heures de travail hebdomadaire et 75 % du temps de travail consacré à la médecine générale (c'est-à-dire aux consultations et aux visites).

l'application d'un séquençage commun des parcours individuels et l'utilisation des mêmes intitulés concernant les facteurs d'influence, ont permis une comparaison afin de mettre à jour des similitudes entre les parcours des diplômés. Un exemple de représentation graphique d'un parcours est présenté à la figure 1.

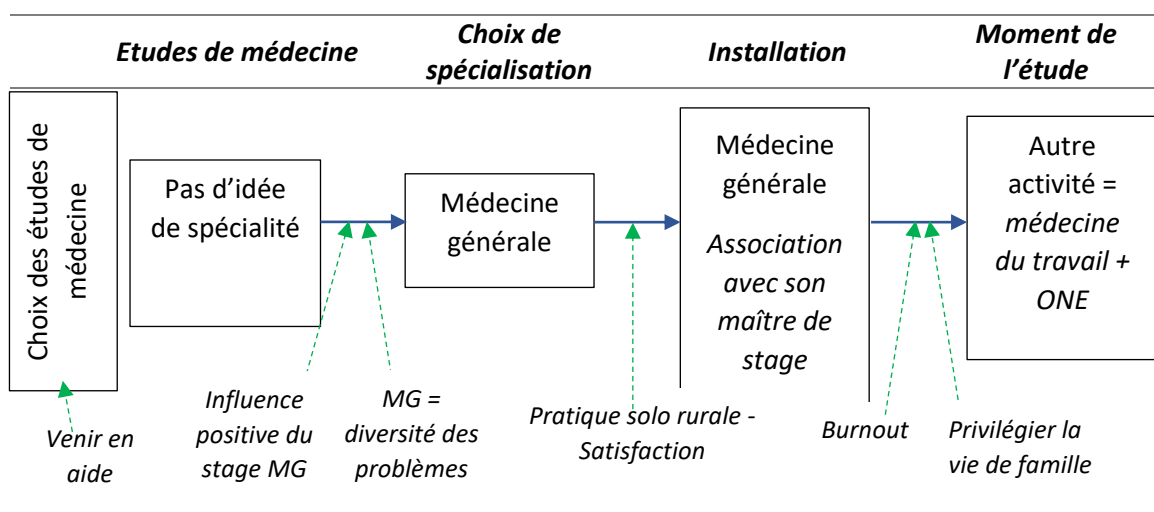


Figure 1 : Exemple de représentation graphique du parcours d'un diplômé

2.4. Comité d'éthique

La méthodologie de recherche globale a reçu l'approbation des comités d'éthique des trois universités engagées dans la recherche (UCL : 2014/517, ULB : 2014/437, ULiège : B707201422436).

3. Résultats

Afin d'en faciliter la lecture, les résultats seront présentés selon quatre grandes périodes aboutissant chacune à une décision d'orientation professionnelle (à l'exception de la dernière période s'achevant au moment de l'enquête) :

- la période précédant les études de médecine s'achevant avec la décision d'entamer ces études ;
- les études de médecine se terminant avec la décision de se spécialiser en médecine générale ;
- la formation spécifique en médecine générale aboutissant à la décision de s'installer en tant que médecin généraliste ;
- le parcours professionnel suivant l'obtention du diplôme de médecin généraliste. En fonction de l'année à laquelle ils avaient été diplômés, cette dernière période pouvait être plus ou moins longue (allant de 2 ans, pour les diplômés de 2013, à 16 ans pour les diplômés de 1999) et avoir connu plus ou moins de modifications d'activités ou d'organisation professionnelle.

Chaque section sera composée de la présentation des différents types de parcours, mis en évidence grâce à l'analyse biographique individuelle des entretiens, ainsi que des facteurs ayant conduit aux décisions professionnelles effectuées par les diplômés à la fin de ces périodes, objectivés par l'analyse thématique.

Les suggestions apportées par les diplômés afin d'améliorer l'attraction et le maintien dans la profession des médecins généralistes seront exposées à la fin de cette section.

3.1. Présentation des répondants

Cinquante-neuf diplômés, sélectionnés parmi les trois groupes-cibles, ont accepté d'être interrogés. Comme mentionné, nous avons prévu, à l'origine, de recruter une proportion équivalente de diplômés issus de chaque catégorie.

Cependant, lors des entretiens, il est apparu que certains diplômés avaient changé leur organisation de travail ou leurs activités professionnelles entre le moment où ils avaient répondu au questionnaire et celui où ils avaient été interrogés, la plupart au sein du groupe des diplômés travaillant à temps partiel. Les données en notre possession, issues de la phase précédente de l'étude et ayant servi au recrutement, n'étaient donc plus d'actualité et ont dû être corrigées. De plus, un diplômé, ayant indiqué pratiquer à temps partiel la médecine générale, exerçait, dans les faits, exclusivement une médecine alternative (homéopathie). Par conséquent, ce diplômé a donc été requalifié en tant que « n'exerçant pas la médecine générale au moment de l'étude ».

Le corpus d'entretiens de cette phase deux est composé de :

- vingt-deux diplômés exerçant la médecine générale à temps plein,
- quinze l'exerçant à temps partiel,
- vingt-deux ne pratiquant pas (ou plus) cette spécialité au moment de l'étude.

Au sein de ces trois groupes, les diplômés possédaient des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles variées (en termes de types d'activités pratiquées, de lieu de travail, etc.).

Les caractéristiques complètes des répondants se trouvent dans le tableau 1. Ces caractéristiques ont été contrôlées entre les deux phases de l'étude.

<i>Participant</i>	<i>Sexe</i>	<i>Année de diplôme</i>	<i>Université d'origine</i>	<i>Type d'activité</i>	<i>Province</i>	<i>Type de pratique</i>
D1	H	2006	UCL	Temps plein	Brabant Wallon	Solo
D2	F	2000	UCL	Temps partiel	Brabant Wallon	Solo
D3	F	2010	UCL	Temps plein	Brabant Wallon	Multi
D4	H	2011	UCL	Temps plein	Hainaut	Mono
D5	H	2002	UCL	Temps plein	Brabant Wallon	Mono
D6	H	1999	UCL	Temps plein	Bruxelles	Multi
D7	F	2004	UCL	Temps plein	Hainaut	Mono
D8	F	2013	UCL	Temps partiel	Luxembourg	Solo
D9	H	2006	UCL	Temps plein	Luxembourg	Solo
D10	F	1999	UCL	Plus de MG	/	/
D11	H	2001	UCL	Plus de MG	/	/
D12	F	2003	UCL	Plus de MG	/	/
D13	H	2003	UCL	Temps partiel	Namur	Multi
D14	H	2006	UCL	Plus de MG	/	/
D15	F	2012	UCL	Temps partiel	Brabant Wallon	Multi
D16	F	2006	UCL	Plus de MG	/	/
D17	F	2011	UCL	Plus de MG	/	/
D18	F	2000	UCL	Plus de MG	/	/
D19	F	2000	UCL	Plus de MG	/	/
D20	F	2013	ULB	Temps plein	Bruxelles	Multi
D21	H	2000	ULB	Temps plein	Hainaut	Solo
D22	H	2008	ULB	Plus de MG	/	/

D23	F	2012	ULB	Temps partiel	Luxembourg	Multi
D24	H	2012	ULB	Temps plein	Hainaut	Mono
D25	H	2006	ULB	Plus de MG	/	/
D26	F	1999	ULB	Temps plein	Hainaut	Solo
D27	H	2011	ULB	Plus de MG	/	/
D28	F	2009	ULB	Plus de MG	/	/
D29	F	2004	ULB	Plus de MG	/	/
D30	F	2011	ULB	Temps plein	Bruxelles	Mono
D31	F	2013	ULB	Temps partiel	Bruxelles	Mono
D32	F	2010	ULB	Temps plein	Hainaut	Polyclinique
D33	F	2010	ULB	Temps partiel	Bruxelles	Mono
D34	F	2004	ULB	Plus de MG	/	/
D35	F	2006	ULB	Temps partiel	Bruxelles	Mono
D36	F	2001	ULB	Plus de MG	/	/
D37	F	2003	ULB	Plus de MG	/	/
D38	H	2012	ULB	Temps partiel	Bruxelles	Mono
D39	F	2005	ULB	Plus de MG	Bruxelles	/
D40	H	2010	ULB	Temps partiel	Bruxelles	Multi
D41	H	2002	ULB	Temps plein	Hainaut	Mono
D42	H	2011	ULiège	Temps plein	Liège	Solo
D43	F	2008	ULiège	Temps partiel	Liège	Multi
D44	F	2011	ULiège	Plus de MG	/	/
D45	F	2006	ULiège	Temps partiel	/	/
D46	H	2005	ULiège	Temps plein	Liège	Mono
D47	F	2006	ULiège	Plus de MG	/	/
D48	F	1999	ULiège	Temps partiel	Liège	Mono
D49	F	2011	ULiège	Temps partiel	Liège	Multi
D50	F	2002	ULiège	Plus de MG	Bruxelles	/
D51	F	2003	ULiège	Temps plein	Liège	Mono
D52	F	2001	ULiège	Plus de MG	/	/
D53	H	2001	ULiège	Plus de MG	/	/
D54	H	2009	ULiège	Temps plein	Liège	Multi
D55	F	2011	ULiège	Temps plein	Liège	Solo
D56	F	2009	ULiège	Temps plein	Liège	Mono
D57	F	2003	ULiège	Temps plein	Liège	Mono
D58	H	2010	ULiège	Temps plein	Liège	Solo
D59	F	2004	ULiège	Temps partiel	Liège	Multi

Tableau 1 : Caractéristiques des répondants

3.2. Parcours des diplômés de médecine générale

L'analyse biographique individuelle des entretiens a permis d'objectiver l'existence de plusieurs types de parcours, caractérisés par le maintien ou le changement, à différentes étapes, des choix professionnels.

La figure 2 représente les trajectoires que les diplômés de médecine générale ont pu suivre, du choix de leurs études de médecine au moment de l'enquête.

Les diplômés se différenciaient, au début de leurs études de médecine, en fonction du choix de spécialisation qu'ils envisageaient. Puis, à la fin de leurs études, ils se répartissaient entre ceux souhaitant s'orienter vers la médecine générale et ceux y étant contraints.

L'analyse biographique individuelle a montré que, parmi les diplômés interrogés, ceux qui avaient été contraints de suivre la formation spécifique en médecine générale avaient tous arrêté la pratique de la médecine générale directement après l'obtention de leur diplôme.

Quant à ceux souhaitant se spécialiser en médecine générale, la plupart s'étaient installés à la fin de leur formation spécifique et avaient exercé cette discipline jusqu'au moment de l'étude (avec parfois des modifications de leur cadre de travail au cours de leur parcours). Par contre, d'autres avaient choisi d'arrêter la pratique de la médecine générale, soit directement au terme de leur formation spécifique, soit après avoir pratiqué quelques années. Les raisons de ces réorientations étaient variées et seront présentées dans les sections suivantes.

L'analyse biographique des entretiens a également montré que les facteurs mis en cause par les diplômés dans les réorientations professionnelles ont également été cités par ceux pratiquant la médecine générale au moment de l'étude comme des facteurs ayant conduit à des modifications d'organisation, de lieu ou de type d'exercice.

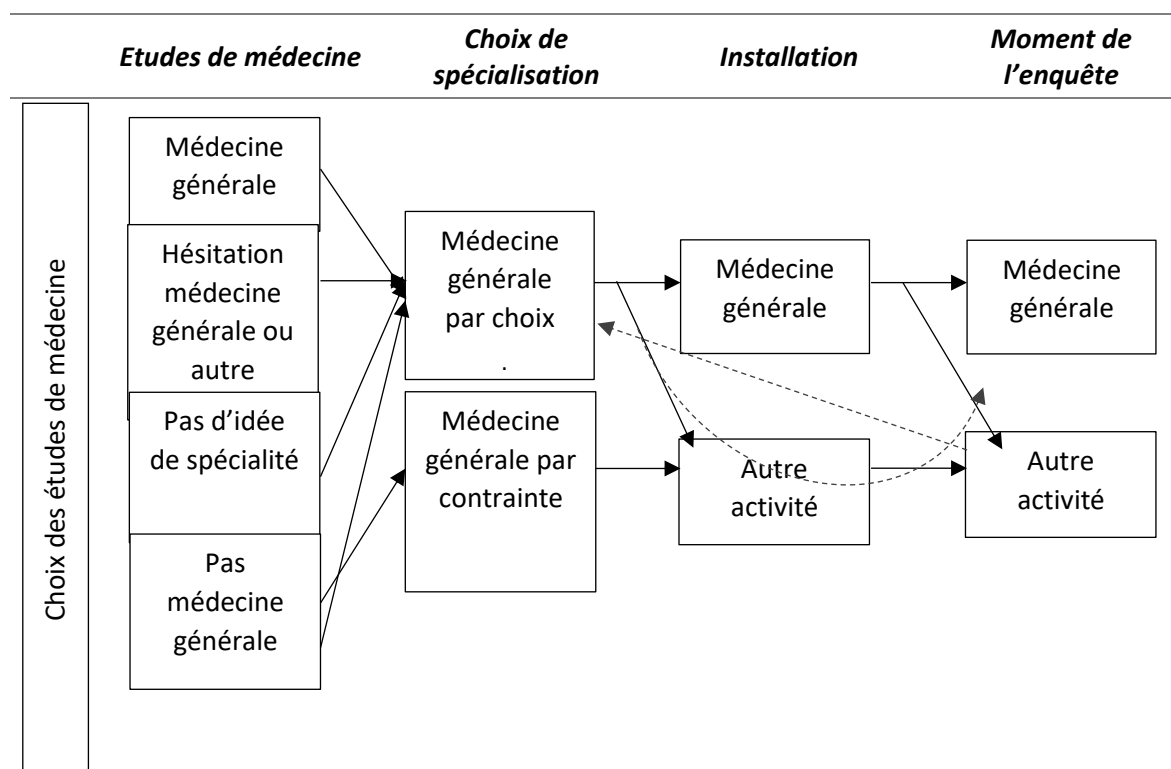


Figure 2 : Schématisation des parcours des diplômés en médecine générale (en pointillés, les parcours suivis uniquement par un diplômé)

Ces parcours vont maintenant être présentés, en les divisant en quatre grandes périodes reprenant chacune l'analyse des parcours des diplômés pendant cette période (analyse biographique) ainsi que celle des facteurs ayant conduit aux décisions professionnelles (analyse thématique).

3.2.1. Première période : avant le choix des études de médecine

Analyse des parcours des diplômés pendant la période précédant le choix des études de médecine

Le cheminement ayant mené les diplômés à la décision d'entamer des études de médecine variait d'un individu à l'autre. Certains souhaitaient être médecin depuis leur petite enfance, alors que d'autres

ont pris leur décision pendant leurs études secondaires, voire à la fin de leur dernière année de secondaire, au moment où ils devaient s'inscrire dans une filière d'études supérieures. Parmi ceux pour qui les études de médecine n'étaient pas une évidence, certains hésitaient entre plusieurs filières d'études, ce qui les a conduits à comparer études, débouchés et caractéristiques du métier. En outre, quelques diplômés avaient suivi une autre formation universitaire avant d'entamer des études de médecine.

« J'ai toujours voulu faire la médecine, depuis que je suis tout petit. » (D1)

« J'ai hésité entre la médecine et l'histoire en dernière année de secondaire. J'hésitais parce que les deux m'intéressaient. L'une plus pour le fait d'aider les gens dans un truc un peu abstrait. Et l'autre, parce que l'histoire me passionnait. Donc je me suis dit : pourquoi pas faire médecine et puis lire de l'histoire si je veux à côté. » (D27)

Facteurs influençant le choix des études de médecine

L'analyse thématique des entretiens a permis d'identifier quatre groupes de facteurs ayant influencé le choix des études de médecine chez les diplômés interrogés : des caractéristiques des études, des caractéristiques de la profession, des expériences personnelles marquantes et l'entourage des diplômés.

Parmi les caractéristiques des études, le facteur de choix le plus fréquemment cité par les diplômés était le caractère scientifique des études. Le large panel de débouchés offert par le diplôme (pratique clinique, recherche, etc.) était également valorisé. Par contre, la longueur et la difficulté des études avaient fait hésiter certains diplômés.

La plupart des diplômés indiquaient également avoir choisi ces études en fonction des caractéristiques de la profession de médecin, c'est-à-dire une profession d'aide et de soins, au contact direct des personnes. Ont également été évoqués comme facteurs de choix des études de médecine : l'autonomie (dans la pratique de la médecine, mais également dans la manière d'organiser sa vie professionnelle par rapport à sa vie privée) et le statut social.

« La médecine me plaisait pour son côté scientifique et aussi son contact avec les êtres humains, l'aide qu'on peut apporter à la société de façon générale. En tout cas, c'est ce qui m'a incité à faire la médecine. » (D38)

Des événements personnels marquants ont pu influencer les diplômés dans leur volonté d'aider et de soigner. Certains ont été confrontés à la maladie pendant leur enfance ou leur adolescence, que ce soit en ayant eux-mêmes été malades ou en ayant été témoins de la maladie d'un proche. D'autres se souviennent avoir été marqués par des reportages télévisés montrant la souffrance de populations faisant face à la famine ou à des épidémies.

« Ça m'a marquée. Enfin j'avais sept ans, un jour on a amené mon frère – c'est un souvenir d'enfant –, mais j'ai souvenir qu'il était tout bleu dans la voiture quand on l'a amené à l'hôpital. [...] Ça a été un événement super marquant dans le cercle familial, ça c'est sûr. C'est sûr que cela, oui, ça a eu une influence pour m'amener vers la médecine. » (D44)

Pour terminer, l'entourage des diplômés a pu jouer un rôle important dans leur décision d'entamer des études de médecine soit de façon directe (pour faire plaisir à leurs parents, par exemple), soit de manière indirecte en raison d'une sorte de « culture familiale », dans des familles où un ou plusieurs membres étaient médecins ou avaient une profession en lien avec la médecine. Des personnes extérieures à la famille comme des enseignants ou des médecins de l'entourage ont pu également les encourager dans cette voie.

« Je baignais déjà un peu dans ce milieu. Mon père était psychiatre et il y a d'autres médecins dans la famille. [...] Je ne sais pas si c'était un réel choix mais voilà, cela m'intéressait aussi. » (D19)

3.2.2. Deuxième période : les études de médecine

Parcours des diplômés au cours des études de médecine

Au début des études de médecine, les diplômés pouvaient : souhaiter se spécialiser en médecine générale, hésiter entre la médecine générale et une autre spécialité, ne pas avoir d'idée de spécialisation ou désirer opter pour une autre spécialisation que la médecine générale. A partir de ces situations, les aspirations des diplômés ont pu évoluer, jusqu'à la fin des études de médecine où ils ont dû énoncer un choix définitif. Si la plupart des diplômés interrogés souhaitaient se spécialiser en médecine générale, d'autres y ont été contraints. Ces contraintes pouvaient être liées à l'échec au concours d'une autre spécialité, au besoin de suivre une formation de spécialisation afin de pouvoir, par après, accéder à une formation complémentaire pour laquelle il n'existait pas d'agrément spécifique², ou encore à des obligations familiales les forçant à choisir une formation courte.

De l'analyse biographique des entretiens, cinq types de parcours ont pu être mis en évidence entre le début et la fin des études de médecine.

Tout d'abord, une partie des diplômés avait désigné la médecine générale comme unique choix de spécialisation au début de leurs études et ont confirmé ce choix à la fin du cursus. Si certains ont hésité, à un moment de leur formation universitaire, avec d'autres spécialisations, ces hésitations n'ont pas mené à une réelle remise en question de la médecine générale.

« J'ai toujours été intéressée par la médecine générale, déjà depuis le départ. En cours d'études, j'ai bien pensé à une chose ou l'autre, mais mon choix est toujours revenu vers la médecine générale et voilà, je me suis lancée... » (D51)

Ensuite, certains diplômés ont hésité entre la médecine générale et une, ou plusieurs autres spécialités. La décision finale fut souvent prise en considérant à la fois les caractéristiques des spécialités et celles de la formation (comme sa longueur ou l'obligation de présenter un concours). Généralement, ces différents éléments sont apparus aux diplômés lors des stages ou par la fréquentation de médecins de l'entourage. Les caractéristiques des spécialités étaient souvent présentées en miroir vis-à-vis de la médecine générale : la diversité de la pratique en médecine générale *versus* le cantonnement à un domaine spécialisé, l'indépendance en médecine générale *versus* la hiérarchie du milieu hospitalier, etc. Certains diplômés, hésitant entre deux spécialités, ont choisi la médecine générale dans l'idée de poursuivre par la suite une activité complémentaire en lien avec l'autre spécialité envisagée comme, par exemple, les consultations en centre de planning familial pour la gynécologie ou la médecine du sport pour la physiothérapie. Notons également que pour quelques diplômés, la décision finale de se spécialiser en médecine générale s'est faite quelque peu malgré eux, soit parce que leurs résultats universitaires les ont dissuadés de présenter un autre concours, soit en raison d'événements dans leur vie privée qui les ont empêchés de présenter ledit concours.

« Les stages qui m'ont marqué, ce sont les stages de pédiatrie, parce que j'aimais beaucoup ça. J'ai longtemps hésité entre la pédiatrie et la médecine générale. [...] Ça s'est vraiment décidé au tout dernier moment. Là aussi c'était plus la qualité de vie par

² C'était le cas par exemple du brevet de médecine aiguë qui était accessible uniquement aux médecins détenteurs d'un diplôme de médecine générale, de médecine interne ou d'anesthésie. Des répondants souhaitant s'orienter vers ce brevet ont choisi la médecine générale en raison la durée de formation plus courte que les autres. Ce brevet n'existe plus.

la suite. Entre la médecine générale et la pédiatrie. Je ne me voyais pas au bout de mes sept ans, recommencer cinq ans d'assistantat³ en pédiatrie. J'ai vu un petit peu la vie des assistants en pédiatrie et franchement, je n'avais pas envie de ça, j'en avais un peu ras-le-bol. » (D5)

Par ailleurs, une partie des diplômés n'avaient pas d'idée précise de la spécialisation qu'ils allaient choisir. Ils indiquaient avoir souhaité rester ouverts à toutes les spécialités, profitant des stages pour voir s'ils déclenchaient chez eux un intérêt particulier ou, au contraire, une aversion. Ces diplômés ont pu avoir de réels « coups de cœur » pour une spécialité – ou pour un mode de pratique en particulier –, et certains exprimaient avoir eu l'impression de « *trouver leur place* » dans cette spécialité. D'autres, au contraire, ont pu choisir leur spécialisation par l'élimination successive des spécialités qu'ils découvraient. De la même manière que pour le type précédent, un échec aux concours ou un événement de vie a pu limiter leur choix.

« Je me rappelle que pendant les doctorats, je me disais : « ne te ferme pas non plus une porte » parce que peut-être que quelqu'un va te donner une passion pour telle ou telle spécialité. [...] C'était souvent des choix d'exclusion : « ça je sais que je ne veux pas faire, mais pour le reste je me laisse la possibilité de me laisser convaincre » ». (D20)

Quant aux diplômés qui n'envisageaient pas la médecine générale comme choix de spécialisation, ils avaient commencé leurs études de médecine avec une idée bien précise de la spécialité qu'ils souhaitaient exercer plus tard, ou n'étaient pas décidés mais excluaient la médecine générale des choix possibles.

Parmi eux, certains ont vu leur choix évoluer en fonction des différentes expériences vécues au cours de leurs études et ont finalement décidé de s'orienter en médecine générale.

« Je voulais faire la pédiatrie jusqu'à ce que je passe en médecine générale où je me suis dit « C'est cool, on voit des enfants, on fait de tout, et puis voilà ». Mais c'est vraiment resté flou super longtemps jusqu'au moment où j'ai fait des stages en médecine générale. » (D55)

Au contraire, d'autres ont confirmé, à la fin de leurs études de médecine, ne pas souhaiter exercer la médecine générale. Ils ont tout de même été contraints de suivre cette formation spécifique en raison d'un échec au concours de la spécialité désirée, de raisons privées ou afin d'accéder par après à une formation ouverte uniquement à des médecins agréés comme, par exemple, le brevet de médecine aiguë.

« Je m'étais mis en tête l'idée de faire médecine interne mais en fait, mes cotes étaient ce qu'elles étaient et qu'il n'y avait que 15 places en médecine interne, je n'ai pas été pris. Là, je me suis réorienté vers la médecine générale mais c'était clairement un second choix. » (D6)

Au sein de notre échantillon, une diplômée a suivi un parcours différent. A la fin de ses études de médecine, elle s'était spécialisée dans un autre domaine. Puis, quelques années après l'obtention de son diplôme de spécialisation, elle avait choisi de se réorienter et a suivi la formation en médecine générale.

³ Nom usuel de la formation de spécialisation. Les médecins en formation de spécialisation sont quant à eux usuellement nommés « assistants ».

Facteurs influençant le choix de spécialisation en médecine générale

Quel que soit le parcours des diplômés, les facteurs influençant le choix de spécialisation pouvaient être en lien avec les caractéristiques de la profession, les conditions de travail et leur impact sur la vie privée, l'université, l'entourage des diplômés, le format de la formation spécifique en médecine générale (c'est-à-dire essentiellement la durée de la formation et ses conditions d'accès) et des facteurs privés (tels que la conciliation avec le travail du conjoint et la vie familiale, par exemple). L'influence de l'université et des médecins de l'entourage s'opérait essentiellement en modifiant les représentations que les diplômés avaient initialement des spécialités médicales.

Tout d'abord, de nombreux diplômés ont choisi la médecine générale pour ce qu'ils considéraient comme étant ses caractéristiques intrinsèques, à savoir : la diversité (tant en termes de patients que de problèmes rencontrés), l'approche globale du patient et le suivi longitudinal des patients, ainsi que l'autonomie dans l'organisation de travail. La médecine générale permettait également, pour certains de pratiquer des activités complémentaires comme les consultations en planning familial ou en médecine du sport. Cependant, ces éléments, bien que souvent recherchés, étaient, pour certains, sources d'inquiétudes car ils considéraient, par exemple, que la diversité entraîne l'incertitude et que l'autonomie engendre l'isolement. Quelques répondants avaient également peur d'une certaine routine dans la pratique de la médecine générale.

« Il y a, dans la médecine générale, une approche et un contact avec le patient qu'on peut rarement trouver ailleurs. [...] Ce n'est pas du tout la même approche en médecine générale. C'est beaucoup plus global. On peut prendre du temps avec un patient si on a envie de prendre du temps. On peut envisager une manière de bosser très différente que celle de l'hôpital. » (D33)

« Et quand on aime la perfection du détail, la gestion de l'incertitude, c'est terriblement angoissant. [...] La gestion de l'incertitude ; il y a, je pense, des gens qui aiment savoir une chose limitée mais très, très, très bien et des gens qui aiment savoir un peu de tout de façon moins approfondie. [...] Et dans la culture actuelle de mise en valeur de l'expertise pointue, c'est forcément socialement pas très bien vu de connaître tout un petit peu même si on le connaît suffisamment pour bien aider les gens. » (D50)

De plus, les conditions de travail et leur impact sur la vie privée étaient également des éléments pris en considération par les diplômés dans leur choix de spécialisation. La médecine générale était souvent, pour les diplômés, synonyme de charge de travail élevée et d'horaires difficilement conciliables avec la vie familiale. Néanmoins, même si cela en effrayait certains, la majorité estimait pouvoir modifier ce modèle afin d'équilibrer vie privée et vie professionnelle.

« La médecine générale a cette réputation d'être complètement incompatible avec une vie de famille. [...] Je pense qu'on nous présente un modèle de la médecine générale qui est un modèle figé, alors que la médecine générale est, en réalité, quelque chose qui est beaucoup plus ouvert et beaucoup plus vaste, avec des organisations beaucoup plus possibles que ce qu'on nous donne comme image. » (D45)

Ensuite, l'université a eu une influence considérable sur le choix de spécialisation de nombreux diplômés, essentiellement à travers les cours et les stages qui leur ont permis de se confronter aux différentes spécialités. Les stages pouvaient aussi bien générer un intérêt qu'entraîner une aversion pour une spécialité. Cela était dû à la fois aux caractéristiques de la spécialité elle-même, mais également à l'ambiance du service et à l'encadrement, certains maîtres de stage ayant été des figures marquantes pour les diplômés.

« Les stages en troisième doctorat m'ont bien permis de m'orienter. C'est là que je me suis rendu compte que la chirurgie, ça ne serait pas pour moi. (Rires.) » (D35)

Pour de nombreux diplômés, les cours et les stages hospitaliers ont généré de l'aversion pour les spécialités hospitalières. Parmi eux, certains regrettaient l'hyperspécialisation et le cloisonnement des disciplines, alors que d'autres n'appréciaient pas le climat de travail en milieu hospitalier qu'ils trouvaient basé sur la hiérarchie et la compétition, ou estimaient que les conditions de travail à l'hôpital ne permettaient pas de développer des relations privilégiées avec les patients.

« Je me sentais mal dans le système hospitalier. Et je crois que maintenant avec le recul, c'était le fait que cet objectif commun à tout le monde, aux infirmiers, aux médecins, aux spécialistes, qui est l'aide aux personnes, était tellement dilué dans tout le reste, dans la hiérarchie, dans les conflits, dans les malaises, ... » (D27)

Au contraire, les stages de médecine générale ont généralement influencé positivement la décision de se spécialiser en médecine générale, en donnant aux diplômés l'occasion de découvrir cette spécialité, parfois pour la première fois. Les diplômés ayant obtenu leur diplôme de plus longue date n'ont cependant pas tous effectué de stage en médecine générale. Ces stages étant jusqu'il y a peu optionnels, de nombreux diplômés ont dû attendre d'avoir fait leur choix de spécialité avant d'être en contact avec la médecine générale. Plusieurs le regrettaient, car ils estimaient qu'être confrontés à la médecine générale plus tôt dans le cursus les aurait aidés dans leur choix de spécialisation en leur permettant d'avoir une représentation plus claire de la discipline. Par contre, certains diplômés ont été déçus de leurs stages, soit parce que le type de pratique ne leur plaisait pas, soit parce que le maître de stage transmettait une image du métier ne correspondant pas à leurs attentes.

« Premier stage de médecine générale au mois de septembre où j'ai adoré. Je me suis dit : « c'est vraiment ça que j'aime, finalement ». » (D56)

« J'ai fait un stage de médecine générale, le tout premier, qui franchement m'a dégoûté de la médecine générale. Donc c'était un mec, il travaillait tout seul dans un petit village. Il faisait des horaires de fou, il n'était pas spécialement sympa... Et donc voilà. Et puis après j'ai fait un stage de médecine générale en dernière année je pense, si je ne me trompe pas. Et ça c'était vraiment très très bien. » (D28)

« On n'a pas eu à l'époque un stage de médecine générale. C'était dommage, cela aurait été intéressant pour choisir en connaissance de cause. » (D12)

De nombreux diplômés ont aussi rapporté un dénigrement de la médecine générale par des enseignants et des maîtres de stage d'autres spécialités. Pour certains, cela a rendu leur choix difficile à assumer.

« La médecine générale est très dénigrée par les spécialistes et ceux qui nous donnent cours durant les sept années. Et donc du coup, si on ne la connaît pas un peu de soi-même ou de l'extérieur, on ne va pas aller vers la médecine générale. Et ça je trouve ça très dommage. » (D35)

En outre, leur entourage a également pu influencer les diplômés. Quelques-uns indiquaient que le dénigrement de la médecine générale avait aussi cours dans la population générale et que leur famille ou leurs amis les incitaient à choisir une autre spécialisation. Au contraire, leur propre médecin généraliste ou un proche exerçant cette profession ont pu les encourager à se spécialiser en médecine générale.

« Dans mon tout jeune âge, j'habitais un village où nous avons un médecin traitant qui était assez sympathique, assez accessible et avec lequel mes parents s'entendaient bien. J'étais déjà un peu influencé. » (D4)

Par ailleurs, la spécialisation en médecine générale a, de par son format, attiré de nombreux diplômés. Etant plus courte que les autres, elle a séduit les individus cherchant à être rapidement indépendants. D'autres, n'ayant pas apprécié leur expérience lors des stages hospitaliers, souhaitaient une formation extrahospitalière. Enfin, la facilité d'accès à la spécialité fut également un facteur de choix pour une partie des diplômés et une solution de repli pour d'autres, qui avaient échoué au concours d'une autre spécialité.

« Il y a aussi l'aspect plus rampant dans les études de devoir se distinguer pour pouvoir avoir sa place dans une spécialité, cela ça ne m'intéressait pas. » (D51)

Enfin, des facteurs en lien avec la vie privée des diplômés ont pu intervenir à différents niveaux dans leur choix de spécialisation. Plusieurs diplômés ont, par exemple, indiqué avoir choisi la médecine générale, car cette spécialité leur semblait plus compatible avec la vie familiale, une installation en zone rurale ou avec des possibilités d'emploi à l'étranger. Un événement de la vie privée, tel que le décès d'un proche au moment du choix de spécialisation, a également pu orienter la décision, comme ce fut le cas pour une répondante.

« Je ne me suis pas spécialement orientée vers la médecine générale. Disons qu'il n'y avait pas d'autre alternative. Je ne voulais pas faire une spécialisation, car j'étais déjà en couple avec mon mari qui est aussi médecin, et lui voulait faire une spécialisation. Je me voyais mal faire, à deux, une spécialisation. Je n'avais pas spécialement envie de vouloir retarder d'avoir des enfants, sachant que nous étions ensemble depuis assez longtemps. » (D10)

« J'avais retenu deux options dont la médecine générale. [...] Et il se fait que mon frère s'est suicidé la veille du concours de l'autre spécialité, que je n'ai jamais présenté donc du coup, et je me suis dit que c'était le destin, entre guillemets. » (D44)

3.2.3. Troisième période : la formation spécifique en médecine générale et l'installation

Parcours des diplômés au cours de la formation spécifique en médecine générale

Trois parcours furent identifiés au cours de la formation spécifique en médecine générale.

Premièrement, la plupart des diplômés interrogés qui avaient choisi de se spécialiser en médecine générale et se sont installés en tant que médecins généralistes à la fin de leur formation. L'installation des diplômés a parfois été retardée en raison d'un voyage ou de la participation à un programme humanitaire, par exemple. Certains ont choisi de s'installer en conservant une pratique identique à celle adoptée durant leur assistantat (parfois en s'associant avec leur ancien maître de stage) ; d'autres, au contraire, ont décidé de changer de type de pratique et de lieu d'exercice. Quelques répondants ont d'ailleurs changé de lieu de formation en réaction à des difficultés par rapport à la pratique de la médecine générale.

« J'ai demandé à mon maître de stage si je pouvais rester et on s'est associés. C'est son cabinet mais on est considérés comme une association de médecins avec dossiers partagés, etc. [...] C'était une suite logique. [...] Par rapport à la pratique médicale, je n'ai pas senti de gap entre l'assistantat et la pratique indépendante... » (D31)

« Pendant mon assistantat, je me suis énormément posé de questions. C'était super chouette mais cela ne me correspondait pas du tout. J'ai un tempérament à travailler en

groupe et pas toute seule. Travailler à deux, cela ne m'allait pas du tout. [...] L'assistantat, cela a été des années difficiles, car je n'étais de nouveau pas sûre de moi, tous les 6 mois, je me disais cela ne me correspond pas, ce n'est pas ça ce que je veux faire et peut-être pas du tout la médecine. » (D15)

Deuxièmement, une partie des diplômés qui avaient choisi de se spécialiser en médecine générale ne se sont pas installés comme médecins généralistes après leur formation. Parmi eux, se trouvaient des diplômés ayant remis leur choix en question en réaction à la pratique de la médecine générale. Cette remise en question de leur choix initial a pu être difficile à vivre. D'autres ont décidé de se réorienter après avoir eu l'opportunité d'exercer une activité qu'ils ont préférée à la médecine générale, que ce soit pour le travail en lui-même ou pour les bénéfices secondaires qu'elle leur apportait.

« Après 6 mois, je ne me plaisais pas dans ce que je faisais, je devais voir les choses en face, cela ne me plaît pas, je ne prends aucun plaisir à faire ça. J'avais pris une semaine de congé, et la veille de reprendre, je pleurais, je ne voulais pas recommencer ce boulot. Je n'en avais vraiment plus envie. [...] C'était le drame évidemment. J'avais trimé pendant plus de 7 ans pour avoir ce diplôme, et puis tout s'écroule... [...] Non pas que du stress, je ne saurais jamais expliquer toutes les raisons, bon il y a les horaires, les gardes, les week-ends, les gardes de soir. [...] Je ne les ai pas toutes comprises, je ne sais pas pourquoi j'ai eu un tel dégoût pour ce métier. Je pense que je suis quelqu'un de très perfectionniste, donc c'est très compliqué de bien tout gérer. Il y a toujours des choses que l'on ne maîtrise pas. C'est tellement vaste. » (D17)

« Une fois que j'ai commencé les six mois en stage hospitalier et que je suis tombée sur la gériatrie, là j'ai adoré. [...] J'ai continué là-dedans et je ne me suis plus posé la question de reprendre un cabinet. » (D36)

Troisièmement, dans notre échantillon, aucun des diplômés ayant été contraints de suivre la formation spécifique en médecine générale, ne s'est installé en tant que médecin généraliste. Parmi eux, certains avaient apprécié la pratique de la médecine générale, mais n'ont pas souhaité continuer à pratiquer cette discipline car ils préféraient une autre activité professionnelle, alors que pour d'autres, la formation en médecine générale les a confortés dans leur choix de suivre une autre orientation.

« Clairement, à la fin de mon cursus, c'était vraiment la médecine d'urgence qui m'intéressait. Et donc à l'époque, il n'y avait pas encore de spécialité en médecine d'urgence. Il fallait avoir une compétence en médecine d'urgence qui se rajoutait à un cursus soit en médecine interne, soit en chirurgie, soit en pédiatrie, soit en anesthésie. [...] Mais voilà. Et là je me suis rendu compte que la médecine générale, ce travail tout seul, ce n'était pas quelque chose qui me convenait. [...] J'ai continué aux Urgences où je suis depuis quinze ans maintenant. [...] Mais je pense que dans l'absolu, si ça s'était mieux passé au niveau humain, peut-être que j'aurais pu continuer parce que je pense que la médecine d'urgence et la médecine générale, il y a quand même beaucoup de points communs. » (D34)

Facteurs influençant la décision de s'installer en tant que médecin généraliste au terme de la formation spécifique

Six groupes de facteurs, influençant la décision de s'installer en tant que médecin généraliste au terme de la formation spécifique, ont pu être identifiés : les caractéristiques de la profession, le sentiment d'être prêt à exercer la médecine générale, l'encadrement par le maître de stage, les conditions de travail, des opportunités professionnelles et des facteurs en lien avec la vie privée.

Premièrement, lors de la formation spécifique en médecine générale, les diplômés ont pu confronter leurs attentes vis-à-vis de la profession, à la réalité de la pratique. Pour certains, l'exercice de la médecine générale a été source de satisfaction en raison de la diversité des patients et des problèmes de santé rencontrés, de la pratique d'activités complémentaires (y compris de santé communautaire) et des relations établies avec les patients. D'autres, au contraire, ont ressenti de l'anxiété par rapport à la complexité des problèmes rencontrés – liée, selon eux, à la large variété des domaines et à la prise en charge globale des patients – ou par rapport aux urgences vitales. Ils ont également pu se sentir psychologiquement épuisés par les difficultés psycho-sociales et les demandes de certains patients. Ainsi, une partie de ces diplômés ont remis en question leur choix d'exercer la médecine générale, même si tous n'ont pas quitté la profession pour autant.

« Le docteur X, il allait travailler en maisons de repos, sans être coordinateur, à l'ONE, donc, il y avait pas mal de variété, que je faisais avec lui, aussi. J'étais aussi séduite par cette variété de choses, le type d'activités que l'on peut faire. Et oui, ce qui m'a bien enthousiasmée aussi, ce sont les projets communautaires, de santé communautaire, d'éducation à la santé. Je trouvais que ça donnait une autre dimension à mon métier de médecin généraliste. » (D43)

« Ce qui était extrêmement dur c'est que j'étais confrontée à une réalité brutale à laquelle je ne m'attendais pas. On soignait pas mal de toxicomanes. On avait beaucoup de gens déstructurés, très défavorisés. La confrontation à ça et le fait d'être démunie par rapport à ça...Surtout pour des patients avec des problèmes de santé mentale, psychiatriques lourds, chroniques. » (D19)

Deuxièmement, quelques diplômés ont éprouvé le sentiment de ne pas être prêts à exercer la médecine générale au terme de leur formation en médecine générale. Parmi ceux pour qui cette impression est apparue en cours de formation, certains ont décidé de changer de lieu de stage dans l'espoir d'être mieux formés et d'acquérir plus d'expérience. Ceux qui ont conservé ce sentiment à la fin de leur formation, ont choisi de se réorienter.

« J'ai été vers l'hospitalier en me disant « en garde je n'avais vraiment pas confiance en moi » donc je me suis dit, je vais me cadrer. Et là, j'ai appris énormément. Et en six mois j'avais fait le tour de ce qui pouvait m'aider pour la médecine générale. » (D23)

Troisièmement, la qualité de l'encadrement du maître de stage a pu jouer un rôle important dans le maintien du choix de la médecine générale chez les diplômés. En effet, certains se sont sentis soutenus par leur maître de stage et ont indiqué avoir pu acquérir progressivement un sentiment de compétence. En revanche, d'autres signalaient un défaut d'encadrement lors de leur formation. Ils estimaient que leur maître de stage était soit trop peu présent (les diplômés expliquaient alors avoir travaillé seuls, de manière autonome et, souvent, avoir par ce biais appris à « se débrouiller »), soit, au contraire, les supervisait d'une façon que les diplômés jugeaient excessive (ils trouvaient, dans ce cas, que cela n'avait pas été bénéfique à leur formation, car ils n'avaient pas eu l'occasion d'acquérir de l'autonomie). La majeure partie de ces diplômés a d'ailleurs changé de lieu de stage en cours de formation. Par ailleurs, certains diplômés indiquaient avoir trouvé du soutien auprès des maîtres de stage responsables des séminaires locorégionaux⁴, mais ce ne fut pas le cas de tous.

« Mon maître de stage était toujours joignable quand j'avais un problème. Je ne me suis jamais sentie larguée, je ne me suis jamais sentie laissée à moi-même. Pour moi, ça s'est

⁴ Les séminaires locorégionaux (appelés séminaires 1/15 par l'INAMI) sont des réunions de supervision entre un groupe d'une quinzaine de médecins en formation et de souvent deux maîtres de stage (différents des maîtres de stage principaux des diplômés présents).

vraiment super bien passé, comme je l'attendais d'un assistantat : avoir quelqu'un sur qui compter quand ça ne va pas, pouvoir répondre à mes questions et m'aiguiller pour la suite de ma carrière. [...] J'avais un séminaire locorégional très chouette. C'était un lieu où on pouvait exprimer tous les cas qu'on avait eus, les difficultés qu'on avait rencontrées, etc. » (D31)

Quatrièmement, les conditions de travail ont pu être source de remise en question de la pratique de la médecine générale. La charge de travail avait parfois été sous-évaluée par les diplômés. Par exemple, certains indiquaient que les stages de médecine générale ne leur avaient pas permis de prendre conscience de la charge administrative. Les gardes étaient aussi parfois source de stress et d'épuisement en raison de leur récurrence élevée.

« Au tout début je me disais « C'est cool, elle travaille le matin, elle travaille l'après-midi, il y a des trous », je ne me disais pas « C'est blindé de visites à domicile, ou c'est blindé de « Tu cours et tu fais ta paperasse, ce genre de choses ». Donc là je pense que sur le côté administratif de la chose, sur le côté gestion du temps, j'étais peut-être un peu plus optimiste. » (D55)

Cinquièmement, certains diplômés ont eu, au cours de leur formation, des opportunités professionnelles qui ont influencé leur parcours. Ainsi, certains ont eu des propositions d'association ou de reprise de patientèle de la part de médecins généralistes (qui étaient souvent leur maître de stage), ce qui a facilité leur installation. D'autres ont eu l'occasion d'exercer des activités qui leur ont apporté plus de satisfaction – en raison des caractéristiques du travail ou des conditions de travail – que la pratique de la médecine générale, ce qui les a poussés à arrêter cette discipline.

« En fait à la base je voulais faire deux années [d'assistantat] à des endroits différents. [...] Et puis durant cette année-là, un des médecins de l'entité a arrêté. Quand elle a arrêté, elle m'a demandé si je ne voulais pas reprendre sa patientèle. » (D31)

« J'avais la chance d'avoir un très bon contact avec le chef de service qui m'avait proposé de faire ma première année dans son service. [...] Quand j'ai fini ma première année en médecine hospitalière, ils ont spontanément proposé de m'engager comme généraliste hospitalier. Chose qu'évidemment, j'ai accepté. » (D25)

Sixièmement, les choix professionnels des diplômés ont parfois été influencés par des choix de vie privée. Des diplômés, exclusivement des femmes, ont, par exemple, choisi des activités ou des types de pratique compatibles avec la vie familiale, ou ont décidé de ne pas s'installer comme médecin généraliste pour suivre leur conjoint à l'étranger.

3.2.4. Quatrième période : après l'obtention du diplôme de spécialiste en médecine générale

Parcours des diplômés après l'obtention de leur diplôme de spécialiste en médecine générale

Durant cette période suivant l'obtention du diplôme de médecin généraliste et la décision d'installation, les parcours des diplômés interrogés pouvaient être répartis en trois groupes.

En premier lieu, les diplômés qui s'étaient installés en tant que médecin généraliste, à la fin de la formation spécifique, ont continué à pratiquer cette spécialité jusqu'au moment de l'enquête. Toutefois, ils étaient nombreux à avoir, au cours de cette période, modifié leur organisation de travail et même, dans certains cas, leur type de pratique et/ou leur lieu d'exercice, en réaction aux conditions de travail ou en raison de facteurs privés tels que la naissance d'enfants ou le déménagement du lieu de vie, par exemple.

« Je suis partie de la maison médicale à un moment où vraiment je commençais à avoir l'impression que ça n'allait plus me plaire si je continuais à travailler comme ça. [...] Les choses ont fait que j'ai rejoint une amie qui avait ouvert son cabinet et je me suis orientée vers la médecine de groupe. » (D33)

Ensuite, d'autres diplômés s'étant installés comme médecin généraliste ont pratiqué quelques années avant de décider de se réorienter. Ces décisions pouvaient être prises en réaction aux conditions de pratique de la médecine générale ou faire suite à l'envie de pratiquer une autre activité, ou encore être en lien avec des choix de vie privée, comme le fait de vouloir consacrer plus de temps à sa famille. Au moment de l'étude, ces diplômés n'envisageaient pas de recommencer un jour la pratique de la médecine générale, même si certains avaient apprécié cette pratique, en raison, entre autres, des efforts à consentir pour reprendre une pratique de médecine générale qui leur semblaient trop conséquents (remise à niveau des connaissances, démarches administratives, etc.).

« Je sais que la médecine générale me manque. Je ne sais vraiment pas comment la recommencer, parce que c'est dommage d'avoir appris des choses, et puis finalement de les perdre progressivement... Mais en même temps, si vraiment ça me tenait à cœur, pourquoi est-ce que je ne ferais pas les démarches pour relancer la machine... mais ça me semble une montagne à franchir, pour laquelle j'ai pas envie de mettre l'énergie. ... Et au plus les années s'écoulent, au plus quelque part je m'en éloigne. » (D22)

Quant aux diplômés ne souhaitant pas s'installer à la fin de leur formation, leurs parcours furent variés. Une partie de ces diplômés a suivi la voie qu'elle s'était tracée dès la fin de leurs études de médecine : suivre une autre formation (comme le brevet de médecine aiguë) ou travailler en milieu hospitalier. D'autres ont trouvé une activité leur convenant mieux que la médecine générale, soit par ses caractéristiques intrinsèques, soit par les avantages qu'elle offrait. Enfin, certains parcours étaient caractérisés par une volonté de mobilité professionnelle.

« Pour moi si j'ai un cabinet de médecine générale, je m'enracine, c'est terminé. C'est comme avoir un emprunt sur une maison avec une vie de famille... J'ai l'impression de perdre ma mobilité, ma liberté, ce qui en soit n'est pas nécessairement le cas. Je sais qu'une partie de moi va le vivre comme ça. J'ai besoin de cette possibilité de mouvements. Si je m'enracine, j'ai l'impression que je vais étouffer de l'intérieur. » (D14)

Une diplômée a suivi un parcours différent. Au terme de la formation en médecine générale, elle a choisi de travailler en milieu hospitalier car elle ne se sentait pas prête à exercer. Après plus de dix ans, elle a décidé de quitter son activité hospitalière et de s'installer en médecine générale.

Facteurs ayant influencé des changements de type de pratique ou de lieu d'exercice

Une partie des diplômés exerçant la médecine générale ont, à un moment de leur parcours, changé de type de pratique ou de lieu d'exercice.

Tout d'abord, les diplômés ont le plus souvent changé de lieu d'exercice en raison de mésententes qui pouvaient être liées à l'organisation de la pratique – des diplômés qui étaient restés sur leur lieu de formation devaient, par exemple, organiser leur travail en fonction de leur ancien maître de stage – ou à des conflits idéologiques.

« Ce que je voulais au départ c'était une vraie association. Mais une fois installée, j'ai vite « déchanté », car j'ai remarqué que c'était chacun pour soi. » (D18)

« J'avais dit, dès le départ, que je ne voulais pas du tout participer aux trucs politiques. Mais après, il y a eu une évaluation où on m'a dit « tu ne t'impliques pas dans les trucs

politiques ». Je l'ai dit dès le départ, je ne veux pas m'impliquer dans les trucs politiques. Je veux faire de la médecine, et pas de la politique. » (D49)

En revanche, d'autres ont déménagé leur lieu d'exercice, ou leur lieu de vie, dans le but de diminuer le temps de trajet domicile – lieu de travail, ou au contraire, de les éloigner, afin de mettre de la distance avec les patients.

« J'ai fait les navettes pendant tout un temps. Puis, j'ai eu plusieurs enfants et ce n'était plus possible... Donc, j'ai dû prendre avec beaucoup de regrets la décision d'arrêter [de travailler à cet endroit]. Cela a été très difficile. » (D2)

« Les gens savent où on habite, quand tu vas chez le coiffeur, le coiffeur c'est le patient de ton collègue, tout le monde sait qui est tout le monde... Ça c'est très pesant parce que justement au niveau vie privée ce n'est pas si évident de faire la part des choses. Et donc, beaucoup de jeunes avec qui je parle, on a tendance à vouloir habiter dans un village et d'aller pratiquer quinze kilomètres plus loin, enfin moi c'est ce que j'ai fait maintenant. » (D25)

Ensuite, concernant le type de pratique, des diplômés travaillant dans des associations pluridisciplinaires ont choisi de changer de type de pratique en raison de la lourdeur ressentie dans l'organisation de certaines structures (autogestion, nombreuses réunions, etc.), de questions salariales (égalité ou impression de ne pas être rémunéré à sa juste valeur), des nombreux patients avec de lourds problèmes psycho-sociaux, mais également, dans certains cas, en raison d'une forte politisation de l'association. Ils ont alors décidé de rejoindre des associations mono-disciplinaires ou se sont installés en pratique solo.

« C'est plus dans le fonctionnement interne de l'équipe que le forfait me dérange, parce qu'alors il y a toujours des questions d'argent qui arrivent. Il y a aussi une déresponsabilisation, parce qu'on travaille un peu comme des fonctionnaires par moment. [...] Enfin parfois, certaines accueillantes travaillent de telle heure à telle heure et puis c'est terminé et elles ne comprennent pas que la médecine c'est pas aussi cadenassé. Il y a aussi du travail administratif qui n'est pas toujours compté dans les heures. [...] L'autogestion... En fait, une fois qu'on signe forfait, on signe autogestion, salariat, réunion d'équipe... [...] C'est un peu dommage. Je trouve qu'il y a un peu trop de réunions parfois. [...] Alors on case ça dans nos heures de soins. Et puis, on a moins d'heures de soins... » (D23)

Les diplômés exerçant en solo éprouvaient, quant à eux, souvent des difficultés à se faire remplacer. Dans l'objectif de mieux organiser leur temps de travail, certains se sont associés. Cependant, une partie des diplômés exprimaient la difficulté de trouver un associé qui leur convenait. Prendre un assistant pouvait être une solution à ce problème, car cela permettait aux deux futurs associés de tester leur collaboration.

« L'avenir de la médecine générale, ça va être de travailler à plusieurs. Pour le confort des horaires, pour la meilleure qualité du diagnostic. [...] Mais, le truc c'est de trouver la bonne personne. C'est ça qui rend cette mission peut-être impossible. Ou très très difficile. Je ne prendrai pas le premier venu. » (D21)

Facteurs ayant influencé le maintien dans la profession de médecin généraliste, après l'obtention du diplôme

Tout d'abord, les débuts de pratique en tant que médecin généraliste diplômé ont pu être associés à des difficultés propres à cette période. Elles étaient essentiellement liées à un accroissement du

sentiment de responsabilité, mais elles pouvaient également être en lien avec des problèmes d'ordre administratif, des difficultés à trouver sa place dans une équipe ou encore à un manque de patients. Parmi ceux ayant éprouvé des difficultés à créer leur patientèle, certains ont exercé des activités complémentaires pour augmenter leurs revenus alors que d'autres ont cherché à accroître leur patientèle en acceptant toutes les demandes des patients, même celles qu'ils jugeaient abusives (des visites à domicile non justifiées ou des rendez-vous tard le soir, par exemple). Ces conditions de travail ont pu être source de stress.

« Je trouve que quand on finit l'assistantat il y a tout d'un coup une prise de conscience que voilà, maintenant on est seul et on est responsable. » (D28)

« Ce que j'avais mis en place, c'était justement la création de cette patientèle. Ça, ça m'a demandé beaucoup d'énergie. Voilà, tu as x patients d'un coup qui arrivent et tu n'oses pas dire non parce que si tu dis non la première fois qu'ils appellent, ils ne reviendront pas. Donc, tu dis oui à tout le monde. Donc là, niveau horaires, niveau stress, niveau charge de travail, ça a été un peu hard mais pour un bénéfice après. » (D32)

Par la suite, plusieurs facteurs sont intervenus dans les intentions de maintien ou de départ de la profession de médecin généraliste : les caractéristiques de la profession, la pratique d'activités complémentaires, les conditions de travail (pouvant mener à un syndrome d'épuisement professionnel), le réseau professionnel, le soutien des pairs, la rémunération, l'image souvent négative de la profession auprès des médecins d'autres spécialités et du grand public, des opportunités professionnelles et des facteurs privés (en lien avec la famille ou un départ à l'étranger, par exemple). A l'exception des opportunités professionnelles et des facteurs privés, ces facteurs agissaient essentiellement en modifiant la satisfaction au travail des diplômés.

Tout d'abord, les caractéristiques intrinsèques de la médecine générale (la diversité, le contact privilégié avec les patients, le suivi longitudinal, l'autonomie, la prévention, etc.) apportaient généralement de la satisfaction aux diplômés. Cependant, de nombreux diplômés ont mis en évidence la relation souvent complexe qu'ils entretenaient avec leurs patients. Même s'ils appréciaient la relation établie avec la plupart d'entre eux, ils éprouvaient des difficultés à mettre des limites à certaines demandes, à rester dans leur rôle et à prendre du recul par rapport aux réactions des patients. Le sentiment de responsabilité et la peur de l'erreur étaient, aussi, pénibles à vivre pour une partie des diplômés.

« La plupart du temps, on aime bien nos patients ! Mais il y en a qui sont fatigués, qui nous demandent des certificats qu'on n'a pas envie de faire, mais comme on est dans le relationnel, on le fait. [...] J'ai des responsabilités. Ils rentrent ici, je deviens responsable pour eux, donc ça aussi c'est très pesant. » (D21)

Pour leur part, les activités complémentaires, comme les consultations à l'ONE ou en planning familial, étaient toujours considérées comme un facteur de satisfaction. Pour beaucoup, ces activités représentaient une « bouffée d'oxygène » dans leur semaine de travail, car elles étaient associées à moins de contraintes horaires et à moins de responsabilités. Elles leur permettaient également de pratiquer dans un domaine pour lequel ils éprouvaient un intérêt qui pouvait avoir été exprimé dès leurs études de médecine. Accessoirement, ces activités sont aussi ciblées, contrairement à la médecine générale qui se caractérise par une plus grande complexité. De plus, une partie de ces diplômés estimaient que l'exercice d'activités complémentaires enrichissait, en retour, leur pratique de médecine générale. Pour d'autres, travaillant en pratique solo, elles leur permettaient de bénéficier du soutien d'une équipe, d'un point de vue clinique mais aussi psychologique.

« Ce n'est pas une envie, ce n'est pas un but financier, c'est pour avoir une bouffée d'oxygène, pour ne pas avoir tout le temps le pied dans le même bureau mais justement voir d'autres personnes, faire d'autres activités, ... [...] C'est important pour moi, pour permettre un autre regard sur ma pratique et pas faire tout le temps la même chose, pas tout le temps la même médecine, et c'est un plaisir de faire d'autres choses. » (D15)

En revanche, les conditions de travail liées à la pratique de la médecine générale étaient souvent source d'insatisfaction. De nombreux diplômés se plaignaient des horaires et de la charge de travail. Pour eux, la disponibilité demandée par les patients et l'obligation de continuité des soins rendaient l'équilibre vie privée – vie professionnelle difficile à atteindre. La charge administrative et la garde étaient aussi des facteurs d'insatisfaction, car elles ajoutaient une charge de travail supplémentaire à la pratique clinique quotidienne. La réorganisation des systèmes de garde de week-end, avec une diminution de la récurrence et une sécurisation, était accueillie positivement par la grande majorité des répondants.

« Faire des horaires à rallonge parce que tu as les gens qui te prennent quand eux ils ont besoin. [...] Le docteur, tu peux claquer des doigts et tout... Et ça, ça me met dans une colère dingue. Et je n'arrive pas à prendre du recul par rapport à ça. Et à la fois, au début, tu te rends bien compte que c'est du business et avoir ce côté mercantile où, si tu n'as pas de gens, tu n'as pas de steak non plus dans ton assiette. » (D56)

Afin de mieux organiser leurs horaires dans le but, *in fine*, de concilier leur vie privée et leur vie professionnelle, de nombreux diplômés ont effectué des modifications organisationnelles au cours de leur parcours professionnel. Ils ont, entre autres, limité leur temps de travail en réduisant leur temps de disponibilité en dehors des heures « normales » de travail, en prenant une demi-journée de congé hebdomadaire, en restreignant le temps accordé aux patients lors de chaque consultation, en choisissant de travailler uniquement sur rendez-vous, ou encore en refusant de nouveaux patients. Certains, pratiquant des activités complémentaires, les ont arrêtées ou restreintes, afin de recentrer leur activité professionnelle autour des consultations et des visites à domicile. Ils ont aussi pu engager une aide administrative afin, entre autres, de mieux organiser leur emploi du temps et de limiter le temps passé au téléphone. Grâce à ces adaptations de l'organisation du travail, certains diplômés estimaient avoir réussi à trouver un équilibre.

« Je ne mets plus mon téléphone la nuit à côté de moi sauf quand j'ai un soin palliatif. Je me rendais compte que ce n'était pas bien pour moi, ce n'était pas bien pour le couple non plus. » (D30)

En outre, certains ont mis des limites aux demandes des patients qu'ils jugeaient abusives, en apprenant à leur dire non, et ont mis de la distance entre eux et leurs patients.

« Au début, on ne s'en rend pas compte. On s'engouffre un peu dans des trucs. Je me suis rendu compte, par exemple, que j'avais en consultation des gens qui venaient avec des questions de paperasses, de machins que je pouvais déléguer. Il y a des patients pour qui tu dois être là tout le temps et pour qui tu dois tout connaître, tu dois pouvoir tout faire. [...] A un moment, on se rend compte que les patients sont les seuls responsables de leur santé, donc ça j'essaie aussi de moins le faire. Et de vraiment prendre de la distance par rapport à certaines choses, ne pas trop m'impliquer dans certaines choses. » (D20)

Pour de nombreux diplômés, la limitation de la charge de travail et la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle permettaient de fournir des prestations de meilleure qualité.

« Pour moi, vingt à vingt-cinq patients par jour c'est suffisant car, si plus, la qualité de vie va diminuer et aussi ma qualité de soins pour mes patients. » (D4)

Par ailleurs, certains diplômés ont souffert de ce qu'ils ont présenté comme un épuisement professionnel qui pouvait être lié aux conditions de travail, mais également à un sentiment de responsabilité important, à la lourdeur de certaines prises en charge (surtout psycho-sociales) et à un manque de soutien de la part des pairs. Pour certains, cet épuisement a nécessité un arrêt de travail lors duquel ils ont remis en question l'exercice de la médecine générale.

« Le burnout : ne pas dormir pendant une semaine de vacances, ne pas fermer l'œil pendant 5 nuits d'affilée et de te dire « mais pourquoi je ne dors pas ». Et tout simplement te rendre compte que tu ne sauras pas aller bosser lundi et en fait que tu ne sauras plus aller bosser. Et donc là, j'ai pris 3 mois d'emblée. [...] Tellement fatiguée... A tel point que j'étais persuadée de faire un cancer. Je me disais mais ce n'est pas possible de dormir devant les gens, de m'endormir dans mon assiette au souper. [...] De savoir si le métier était bien un métier adapté à moi et si je pouvais gérer ce métier-là par rapport aux gens, par rapport à la relation avec les gens, par rapport à la gestion du stress, le côté organisationnel et tout ça. » (D56)

De nombreux diplômés indiquaient que le soutien des pairs était un facteur important pour leur bien-être au travail. Les diplômés exerçant en association appréciaient la facilité de remplacement qui leur permettait de pouvoir s'absenter en sachant que leurs patients allaient être pris en charge par des médecins en qui ils avaient confiance et avec qui ils partageaient, dans la plupart des cas, les mêmes dossiers. Le travail en association permettait également d'obtenir plus facilement une aide administrative. Les diplômés estimaient également bénéfique de pouvoir compter sur le soutien clinique, mais également psychologique de leurs collègues. Ceux exerçant en association multidisciplinaire appréciaient que ce soutien puisse leur être apporté par d'autres prestataires de soins.

« L'avantage de travailler en équipe c'est de pouvoir confronter ses questionnements, ses erreurs, de pouvoir se donner des avis mutuels très facilement, d'avoir les kinés à disposition avec qui on fait aussi des réunions et on peut discuter des cas parce que, dans nos études, on ne nous a jamais appris ce qu'on fait concrètement dans un cabinet de kiné. On peut facilement se remplacer les uns les autres, en travaillant en équipe comme ça et ça, c'est assez confortable aussi. On connaît bien la plupart des patients même si ce ne sont pas les nôtres. On en parle, il y a des cas qui reviennent souvent dans les réunions médecins qu'on fait, c'est quand même confortable de se dire qu'on part mais qu'on peut confier ses patients à son collègue, en sachant qu'il le connaît, que le dossier médical est partagé. » (D20)

De plus, le travail en réseau (avec d'autres médecins généralistes, des professionnels de la première ligne de soins ou des confrères d'autres spécialités) pouvait apporter de la satisfaction à de nombreux diplômés en raison du partage d'expérience et de compétences. Néanmoins, la satisfaction des diplômés était dépendante de la qualité du réseau établi.

« La relation avec les spécialistes est très bonne. On était soutenus par les spécialistes. [...] C'est super riche de travailler avec des kinés, des infirmiers, d'avoir leur avis, d'avoir des retours sur ce qu'on fait et ce qu'on prescrit. [...] Moi, par exemple, la médecine du sport et tout ce qui est ostéo-articulaire je déteste. Mais je commence à apprendre, parce que j'appelle à chaque fois d'autres de mes collègues qui adorent ça. Et eux, ils

m'appellent tout le temps pour ce qui est gynécologie. Et donc ça c'est vraiment un bon échange et ça a rajouté quelque chose dans la pratique. » (D23)

En revanche, l'équilibre charge de travail – revenus était un facteur d'insatisfaction. Plusieurs diplômés estimaient que leurs revenus étaient insuffisants par rapport à la charge de travail, surtout en comparaison avec d'autres professions ou spécialités. La rémunération à l'acte, ne tenant pas compte des consultations longues et du temps administratif, était également source d'insatisfaction tout comme l'investissement financier que les médecins généralistes ont dû faire afin de pouvoir travailler. Cette insatisfaction liée à la rémunération n'était cependant pas partagée par tous, quelques diplômés estimant leurs revenus suffisants.

« Je pense que pour que cela soit rentable en médecine générale, il faut faire énormément de patients mais alors vous ne savez pas faire de la bonne médecine si vous faites trente-cinq à quarante patients par jour. [...] Tout le travail administratif est non rémunéré. » (D7)

« Dans la relation avec le patient, c'est ça que tu as envie de savoir mais c'est chronophage et le chronophage... Financièrement, ça reste vingt-cinq euros que ce soit dix minutes, trois quarts d'heure, vingt minutes ou une heure. » (D56)

Par ailleurs, de nombreux diplômés regrettaient que la médecine générale soit dévalorisée par rapport aux autres spécialités médicales, que ce soit au sein de la population générale ou auprès de confrères d'autres spécialités. La valorisation de l'hyperspécialisation et la méconnaissance de la pratique en seraient les causes pour certains.

« Dans la population générale, si tu vas en vacances et que tu croises de nouvelles personnes : « Ah et qu'est-ce que tu fais ? », « Je suis médecin », « Ah et quoi ? », tu leur dis « médecine générale », « Ah ok » pour eux ce n'est déjà pas mal mais enfin, ... [...] C'est important qu'il y ait des travaux qui mettent en avant l'importance de la première ligne. » (D54)

Quant aux découvertes de nouvelles activités professionnelles, elles se sont également produites après l'obtention du diplôme de médecine générale. Certains diplômés ont parfois pratiqué une série d'activités avant de trouver la bonne, qu'elle soit médicale ou non.

« Quand j'ai débuté ces cours de peinture, j'ai eu l'impression de découvrir un monde immense, quelque chose de vivant, qui vibre, et je me sentais plus intéressée par ça que finalement la maladie, la mort... [...] Je crois que c'est plus à cause de ma personnalité que je n'ai pas pu trouver vraiment ma voie dans la médecine que dans la peinture. » (D18)

Pour terminer, comme à chaque étape du parcours, des événements (naissance d'enfants, divorce, etc.) ou des choix de vie personnels (départ à l'étranger, envie de privilégier sa vie de famille) ont pu influencer les choix professionnels des diplômés.

« Je me suis séparée de mon compagnon et donc je me suis dit : c'est maintenant ou jamais si je veux retenter la spécialité que j'avais toujours voulu faire. » (D52)

3.3. Suggestions émises par les diplômés afin d'améliorer l'attraction et le maintien dans la profession des médecins généralistes

A la fin de l'entretien, les diplômés avaient l'occasion d'émettre des suggestions afin d'améliorer l'attraction et le maintien dans la profession des médecins généralistes. Elles concernaient essentiellement des changements dans les études de médecine ainsi que dans la formation de

spécialisation en médecine générale, une aide lors de l'installation, un soutien psychologique aux médecins généralistes actifs et un soutien de la part de l'Etat. Nous regroupons ci-après les suggestions en grandes catégories.

3.3.1. Catégorie 1 – Suggestions relatives aux enseignants et aux contenus des études

Afin d'améliorer l'attraction des étudiants vers la spécialisation en médecine générale, les diplômés suggéraient d'inclure plus de médecins généralistes dans la formation de base des étudiants de médecine, et de faire en sorte que les enseignants d'autres spécialités ne dénigrent pas la médecine générale. Ils proposaient également de renforcer les cours et les stages obligatoires de médecine générale qui, selon eux, permettent de montrer les compétences et les rôles des médecins généralistes à l'ensemble des étudiants. La formation des maîtres de stage serait également à améliorer. Plusieurs répondants ont mis en évidence le rôle de modèle joué par les maîtres de stage. Ils trouvaient alors nécessaire que les maîtres de stage soient compétents à la fois médicalement et pédagogiquement. Des maîtres de stage jeunes pourraient également améliorer la représentation de la médecine générale auprès des futurs médecins en montrant une image moderne de la pratique.

« C'est qu'il faut rendre la médecine générale attractive et je pense qu'il faut réessayer d'inclure un peu plus certains médecins généralistes dans la formation et les cours à l'université. C'est ça qui plaît aussi. [...] Et donc je trouve qu'il faudrait essayer d'inclure certains médecins généralistes dans la formation et ne pas voir toujours la médecine générale dévalorisée par rapport aux spécialités. » (D21)

« Peut-être mieux choisir aussi les maîtres de stage. [...] Peut-être choisir un groupe de médecins généralistes pour former les jeunes, peut-être un peu plus jeunes, peut-être un peu moins d'expérience mais qui ont plus une vision chouette et sympathique du métier qu'un vieux généraliste. » (D24)

Ils souhaitaient également une formation plus poussée dans certains domaines comme la psychiatrie, la communication et la gestion administrative, afin de mieux préparer les jeunes médecins à la réalité de la pratique.

« Une formation de communication, où ils peuvent apprendre quelles sont les techniques de manipulations, de contre-manipulations. Ne pas se faire avoir par un patient qui culpabilise, de pas se faire avoir par un patient qui fait du harcèlement, ... » (D39)

3.3.2. Catégorie 2 – Suggestions relatives à la qualité des stages

Des répondants estimaient qu'il fallait veiller à la qualité des maîtres de stage également pendant la formation en spécialisation. Plusieurs étaient demandeurs d'un système de contrôle de qualité du maître de stage. D'autres proposaient que les médecins en formation soient encadrés par de jeunes médecins plus au fait de leurs préoccupations.

« En première année d'assistantat oui, j'aurais aimé un soutien, un peu plus du maître de stage, peut-être l'obliger à ce qu'il y ait plus de retours de cas à revoir ensemble, qu'il y ait un côté plus pédagogique, plus d'encadrement. [...] Je connais d'autres stagiaires qui ont été chez certains maîtres de stage où ça se passe très bien, d'autres c'était l'horreur. J'en connais une qui pendant ses gardes appelait un résident en urgence pour avoir un avis sur ce qu'elle devait faire alors que le maître de stage devait entre guillemets la soutenir durant sa garde et être joignable ce qui n'était pas du tout le cas, elle servait juste de bouche-trou... » (D40)

3.3.3. Catégorie 3 – Suggestions relatives au soutien des médecins généralistes

Soutien lors de l'installation

Plusieurs répondants ont éprouvé des difficultés au moment de leur installation surtout d'un point de vue administratif et comptable. Ils étaient demandeurs d'un accompagnement.

« C'est quand on est dedans que l'on se pose les vraies questions. On avait abordé la question des frais professionnels, comment gérer la fiscalité, les questions d'assurance, on tombe des nues ! On étudie la médecine pendant sept ans, la gestion de notre fiscalité, des assurances, on n'y comprend rien ! » (D13)

Soutien psychologique

De nombreux diplômés étaient demandeurs d'un accompagnement par rapport aux difficultés du métier. Pour la grande majorité ce soutien devrait se faire par l'organisation de groupes de pairs, à différencier toutefois des GLEM, qui leur paraissent généralement peu souteneurs. D'autres seraient au contraire favorables à un accompagnement par un autre professionnel de santé.

« Au moment où j'en avais un peu ras le bol, j'en ai parlé autour de moi, les séminaires me manquent énormément, cet échange, ces recherches... [...] On a perdu l'idée du GLEM : ici, une personne vient présenter un sujet et cela s'arrête là. Moi ce que je voulais vraiment, c'était de l'échange entre généralistes. » (D8)

Soutien de la part de l'Etat

Pour certains, il serait nécessaire que l'Etat prenne conscience des difficultés ressenties au quotidien par les médecins généralistes, afin de leur fournir les aides adéquates. Ces difficultés seraient à la fois dues à un changement dans la manière dont les jeunes générations pratiquent, mais également dans l'augmentation des besoins en soins.

« Il n'y a plus beaucoup de médecins, de jeunes médecins qui veulent faire le même nombre d'heures que les anciens. Ils veulent avoir une partie de vie à eux. Ils veulent avoir une vie de famille. Et donc je pense qu'il faut, au niveau politique, qu'on puisse aller expliquer ça. Que du coup, peut-être que pour le même job que faisait un médecin avant, il faudra peut-être deux médecins parce qu'on ne peut plus travailler autant et se fatiguer autant. Ils veulent avoir une vie de famille. » (D35)

Certains proposaient également que l'Etat organise des campagnes d'information à destination de la population générale, afin d'améliorer les connaissances du grand public en termes d'organisation des soins de santé.

« Une valorisation on peut dire publique, télévisuelle ou je ne sais quoi de la médecine générale : comment fonctionne la médecine générale. Je me souviens d'un passage là : « les pharmacies ne sont pas des night shop ». [...] J'ai l'impression que les gens ne se rendent pas compte de ce que c'est vraiment que la médecine générale. [...] Et je trouve que l'Etat a un rôle à jouer. Il devrait expliquer qu'un médecin peut finir à dix-neuf heures. » (D58)

D'autres réclamaient une souplesse administrative, à la fois par rapport aux critères d'agrément et d'accréditation, mais également par rapport à la rémunération, aux prescriptions ou à l'obligation de continuité des soins.

« Je pense notamment qu'on devrait accepter que les médecins généralistes puissent faire autre chose s'ils ont envie de faire autre chose, d'accord ? D'aller à l'hôpital s'ils ont envie de faire l'hôpital, et pas de les menacer non-stop de par leur accréditation. [...] Je

pense qu'on ne devrait pas obliger tous les médecins généralistes à faire des gardes tout le temps. [...] Qu'on adapte à la personne, qu'on fasse au cas par cas ce que la personne a envie de faire. » (D28)

Enfin, ils étaient également nombreux à demander une revalorisation salariale en raison d'une différence de rémunération trop importante avec les autres spécialités, du temps consacré au patient en consultation et des tâches administratives.

« Ce serait chouette qu'on remette un petit peu en question nos honoraires parce que je trouve que toi, tu passes vingt minutes, une demi-heure avec les patients et les spécialistes prennent un quart d'heure... Nous, parfois on passe le double du temps pour des honoraires vraiment moindres à ceux des spécialistes. La revalorisation de la médecine générale me semble importante et à revaloriser par rapport aux spécialistes. » (D32)

4. Discussion

4.1. Enseignements principaux de l'étude et confrontation à la littérature

A l'issue de cette recherche, plusieurs grands types de parcours professionnels des diplômés ressortent de l'analyse. Ces parcours sont influencés par des facteurs qui ont également pu être identifiés, qu'ils soient de l'ordre de la contrainte ou du choix professionnel, en insistant sur le sens que les diplômés donnaient à aux modifications de leurs parcours.

L'interrogation conjointe de diplômés aux situations professionnelles diverses en termes de types d'activités (pratique effective ou non de la médecine générale, et, plus largement, de la médecine au moment de l'étude ou de temps de travail), a montré que des facteurs communs régulaient leur parcours professionnel sans pour autant s'exprimer de la même manière. Quant à l'utilisation d'entretiens semi-dirigés, reconstruisant les parcours professionnels des diplômés, elle a permis de mettre en évidence des trajectoires moins conventionnelles (où les différentes étapes du parcours professionnel – spécialisation-installation-pratique – ne se suivaient pas forcément) mais également de dépasser la simple identification de facteurs en soulignant le sens que les individus attribuaient à leurs choix, à leur vécu et à leurs activités.

4.1.1. Parcours professionnels

L'analyse biographique des entretiens de cet échantillon de diplômés souligne l'existence de parcours qui, bien que singuliers, possèdent des aspects communs. Les diplômés exerçant la médecine générale au moment de l'enquête avaient tous choisi de s'orienter vers cette discipline à la fin de leurs études de médecine, et avaient connu, pour la plupart, des modifications de leur organisation de travail, de leur type de pratique ou de leur lieu d'exercice. En revanche, les diplômés ne pratiquant plus la médecine générale au moment de l'étude s'étaient réorientés, soit directement après l'obtention de leur diplôme de spécialisation (ce qui était le cas de tous les diplômés interrogés ayant été « contraints » de se spécialiser dans cette discipline) soit après avoir exercé la médecine générale pendant quelques années.

Néanmoins, quels qu'aient été les parcours professionnels des diplômés, ils étaient caractérisés par leur mobilité et leur adaptabilité. La majorité des diplômés interrogés ont procédé, à différents moments de leur parcours, à des changements de lieu d'exercice, de type de pratique et/ou d'organisation de travail. Ces changements pouvaient être influencés par de nombreux facteurs, souvent pour concilier la vie privée et la vie professionnelle.

Ainsi, les parcours professionnels de ces jeunes générations de diplômés de médecine générale sont en accord avec la théorie du développement de carrière tout au long de la vie. Selon cette théorie, les individus sont capables d'adapter leurs activités professionnelles en fonction d'événements ou de contraintes, à la fois professionnels et privés. Dorénavant, le parcours professionnel est compris comme un élément parmi d'autres, de celui, plus large, de la vie. Il correspond à un processus d'interaction et d'intégration des rôles sociaux des individus (tels que ceux de travailleur, de conjoint ou de parent), eux-mêmes soumis à des influences culturelles et sociales (6,7).

De plus, dans notre étude, les diplômés ont montré une certaine flexibilité dans leurs modalités d'exercice professionnel, en exerçant, sans forcément changer de lieu de pratique, des activités variées sortant du cadre strict des consultations et des visites à domicile de médecine générale comme des consultations en nutrition, en médecine du sport ou en centre de planning familial.

Selon Bloy, cette flexibilité est également liée au titre de médecin généraliste qui, par sa polyvalence, offre de nombreuses possibilités d'emplois et de fonctions (8). Que ce soit par choix ou par contrainte, ils ont pu reconditionner leurs connaissances et leurs compétences afin de changer d'environnement de travail ou de type d'activités.

Ces changements n'étaient pas forcément synonymes, pour les diplômés, d'une perte de leur identité de médecin généraliste.

Cela fait écho aux travaux de Dwan, qui suggère que, lorsqu'ils sont engagés dans une activité autre que les consultations et les visites à domicile, les médecins généralistes se considèrent comme appartenant à cette discipline, car ils utilisent les connaissances et les habiletés acquises grâce à la spécialisation en médecine générale (9).

De plus, les parcours professionnels des diplômés interrogés correspondent aux concepts de carrières protéiformes de Hall, dans lesquelles l'individu est flexible, donne de la valeur à la liberté, croit en l'apprentissage continu et recherche des récompenses intrinsèques dans le travail, mais également de carrières nomades de Defillippi et Arthur définies comme une séquence d'opportunités de postes qui vont au-delà des frontières d'un cadre unique d'emploi (10,11). En effet, de nombreux diplômés ont valorisé l'apprentissage continu et le développement de nouvelles compétences, mais également le contenu du travail plutôt que l'augmentation de la rémunération ou du statut.

Ainsi, la singularité des parcours des diplômés interrogés peut être expliquée par la conception des parcours professionnels en tant que processus continu intégrant le cadre plus large du parcours de leur vie, mais également par les stratégies d'adaptation individuelles mises en place lors des moments de crise (6).

Ces moments de crise pouvaient être, dans notre étude, provoqués en réaction à la médecine générale, mais également être la conséquence d'une volonté de suivre une autre voie professionnelle ou de choix dans la sphère privée, sans réelle remise en question du choix de la médecine générale. D'ailleurs, dans une étude portant sur le parcours professionnel de jeunes médecins généralistes français, Bloy soulignait également que les arrêts de pratique en médecine générale n'étaient pas tous la conséquence d'une insatisfaction liée à l'exercice de la discipline (12).

Toutefois, si les parcours professionnels étaient propres aux individus, la plupart des facteurs les influençant étaient communs à l'ensemble des diplômés et, lorsqu'ils ne prenaient pas la forme de contraintes, ces facteurs agissaient sur les choix professionnels opérés par les individus.

4.1.2. Facteurs influençant les choix professionnels

L'analyse thématique, quant à elle, a mis en évidence dix facteurs d'influence des choix professionnels, communs à la plupart des diplômés, indépendamment de leur pratique professionnelle au moment de l'étude. Parmi ces facteurs, certains étaient liés aux caractéristiques intrinsèques de la profession (le contenu du travail, l'autonomie et la possibilité de pratiquer un large panel d'activités), alors que d'autres correspondaient à des caractéristiques extrinsèques du travail (la possibilité de concilier vie privée et vie professionnelle, la charge de travail, la rémunération, le soutien et l'image de la profession). D'autres facteurs, encore, ne correspondaient pas à des caractéristiques de la profession mais à celles de la formation (la place de la médecine générale dans le cursus universitaire et les caractéristiques des formations de spécialisation).

Ces facteurs participaient tout d'abord à la construction des choix d'orientation puis, lorsque les diplômés avaient entamé leur vie professionnelle à proprement parler, ils influençaient la satisfaction au travail, agissant sur le maintien dans la profession et à l'adaptation de l'organisation de travail des diplômés.

Ainsi, cette étude a souligné que la plupart de ces facteurs étaient présents, parfois sous des formes différentes, tout au long du parcours. Ainsi, la possibilité de pratiquer un large panel d'activités, par exemple, avait souvent influencé positivement le choix de la médecine générale par des diplômés souhaitant pratiquer des activités variées ou pour lesquelles ils avaient un intérêt particulier. Ensuite, lorsque les diplômés avaient entamé leur parcours professionnel, ce facteur pouvait intervenir sous une forme différente en agissant comme dérivatif chez certains diplômés éprouvant des difficultés dans leur pratique de médecine générale. Toutefois, certains facteurs intervenaient seulement au moment du choix d'orientation (comme l'université, la longueur de la formation, etc.).

En outre, l'importance de certains facteurs ainsi que leurs interactions ont également été mis en évidence par cette étude. Par exemple, l'autonomie était un facteur identifié comme favorable au choix de la médecine générale comme spécialisation et au maintien dans la profession. Elle était comprise, entre autres, comme la liberté de pouvoir choisir son mode d'exercice. Par ce biais, certains diplômés organisaient leur travail de manière à ce que leur charge de travail les satisfasse (en travaillant sur rendez-vous ou en limitant leur nombre de patients, par exemple). De la même manière, le soutien d'autres professionnels de soins pouvait limiter les difficultés liées à la prise en charge de problèmes complexes, élément constituant le travail en médecine générale.

De plus, bien que communs aux trois groupes de diplômés recrutés dans cette étude, ces facteurs n'ont pas eu le même impact sur leur parcours, certains diplômés s'étant réorientés alors que d'autres pratiquaient la médecine générale au moment de l'étude. Cela peut s'expliquer par leur action sur la satisfaction au travail qui est une construction essentiellement individuelle.

En effet, la satisfaction ne dépend pas uniquement de l'environnement objectif de l'individu, mais est également en lien avec des facteurs subjectifs, comme son état psychologique, ses aspirations et sa volonté d'exprimer son mécontentement (13). Un facteur n'aura donc pas le même retentissement sur la satisfaction au travail, et par conséquent sur les choix professionnels, de tous les individus.

Toutefois, rappelons que certaines modifications du parcours n'étaient pas liées à des choix mais à des contraintes d'ordre professionnel (échec à un concours, cessation d'activité d'un associé, etc.) ou privé (la naissance d'un enfant, un départ à l'étranger pour le travail du conjoint, etc.).

Une constatation similaire est faite par Hann qui montre l'existence d'un lien entre l'insatisfaction au travail et l'intention de quitter la profession, et non avec pas avec l'arrêt effectif de la pratique. Il a

objectivé, dans son étude, que des individus très satisfaits de leur travail peuvent tout aussi bien quitter la profession que des individus insatisfaits (14).

Ainsi, les dix facteurs ayant influencé les choix professionnels des diplômés, identifiés par l'analyse thématique des entretiens étaient :

Premier facteur : le contenu du travail

Le contenu du travail intervenait déjà lors du choix des études de médecine, puisque les diplômés ont indiqué avoir fait ce choix, entre autres, afin de venir en aide et d'avoir une action sociale. Cependant, c'est lors du choix de la spécialisation que les caractéristiques intrinsèques de la médecine générale apparaissent clairement. Les diplômés souhaitant s'orienter vers la médecine générale recherchaient, dans cette discipline, la diversité de patients, de problèmes cliniques et d'activités, mais également la prise en charge holistique et longitudinale des patients. Toutefois, ces éléments n'étaient pas toujours perçus par les étudiants lors du choix d'orientation.

Dans la suite du parcours, ces éléments étaient souvent appréciés par les médecins généralistes. Néanmoins, la complexité de la prise en charge holistique, dont les problèmes psycho-sociaux, et le sentiment de responsabilité envers les patients ont pu générer de l'insatisfaction, voire un sentiment d'épuisement professionnel, chez certains diplômés.

Notre étude souligne donc que l'influence du contenu du travail, qui avait été mise en évidence dans d'autres études concernant le choix de spécialisation (15,16) et la satisfaction au travail (15,17), s'expriment tout au long du parcours des diplômés, et ce dès le choix des études de médecine.

Deuxième facteur : l'autonomie

L'autonomie peut être entendue comme la liberté de décider des réponses à apporter aux demandes de soins et de choisir sa méthode de travail, mais également comme la possibilité de pouvoir choisir son mode d'exercice (dont le mode de rémunération et les horaires). Ce facteur était évoqué dès le choix des études de médecine.

Il est également connu pour agir sur la décision des étudiants de choisir la médecine générale comme spécialité, mais également sur la satisfaction au travail (15), comme ce fut le cas pour de nombreux diplômés de cette étude. Pour Le Floch, les médecins généralistes sont plus satisfaits si leur travail est pleinement compatible avec leur tempérament et leurs valeurs personnelles (2).

Toutefois, parmi les diplômés interrogés, quelques-uns se plaignaient d'une limitation de leur autonomie en raison de contraintes organisationnelles dans certaines pratiques de groupes (obligation de participer à des réunions, à des projets de prévention, etc.) ou des demandes de certains patients (exigences, plaintes, etc.).

Cette sensation de perte d'autonomie est également présentée dans la littérature comme une source d'insatisfaction, voire d'épuisement professionnel (17,18).

D'autres diplômés ont souligné que, si la pratique solo permet une grande autonomie, elle engendre aussi l'isolement, ce qui peut, selon la littérature, avoir un impact négatif sur le maintien dans la profession (19).

Troisième facteur : la possibilité de pratiquer un large panel d'activités

La possibilité de pratiquer un large panel d'activités est le troisième facteur agissant tout au long du parcours. La possibilité de développer des compétences particulières et de pratiquer des activités complémentaires, en lien avec leurs centres d'intérêt, avait orienté plusieurs diplômés vers la médecine générale.

Cet intérêt pour la pratique d'activités dans des domaines ciblés avait aussi été mis en évidence par Shaldbolt (20).

Ces activités étaient également une source de satisfaction, car elles offraient aux diplômés des conditions de travail différentes de leur pratique et enrichissaient leurs connaissances.

Ces résultats confirment une étude de 2009 portant sur les activités médicales hors cabinets des médecins généralistes français, dans laquelle Jean suggérait que les motivations à exercer ces activités pouvaient être liées aux conditions de travail de la pratique de la médecine générale, vécues de façon péjorative, mais aussi à un besoin altruiste, à l'envie de mettre en pratique une formation, ou à l'envie d'enrichir ses connaissances afin d'améliorer sa pratique de médecine générale (21).

L'opportunité de développer une activité professionnelle flexible et composée de plusieurs activités était appréciée par les diplômés tout au long de leur carrière. Cette flexibilité est, selon la littérature, un facteur d'attraction et de maintien dans la profession (9,15).

Toutefois, la possibilité de pratiquer un large panel d'activités, mais également la capacité des diplômés à s'adapter et à acquérir de nouvelles compétences, peuvent faciliter la réorientation, qu'elle soit opportune ou réactive à la pratique de la médecine générale de certains diplômés. Dans son étude sur les parcours des jeunes médecins généralistes français, Bloy obtenait des résultats similaires en montrant l'extrême diversité des fonctions occupées sur la base du même diplôme (12).

Quatrième facteur : la possibilité de concilier vie privée et vie professionnelle

La conciliation entre vie privée et vie professionnelle était un facteur majeur des choix professionnels des diplômés. D'ailleurs, ce facteur influençait déjà leur décision de spécialisation, les diplômés prenant en considération, au moment du choix d'orientation, la vie familiale qu'ils avaient créée (ou qu'ils avaient l'intention de créer). Par la suite, au cours de leur parcours, les choix professionnels des diplômés ont souvent été posés en recherchant un équilibre avec leur vie privée. De plus, si les diplômés ayant procédé à des modifications majeures de leurs activités professionnelles étaient des femmes, l'ensemble des diplômés, quel que soit leur sexe, avait cet intérêt en commun.

D'autres auteurs ont mis en évidence l'importance, dans les choix professionnels, de la conciliation entre ces deux sphères de la vie des médecins généralistes (2,16,19,22). Pour Shadbolt, la « génération X » et la « génération Y » recherchent, plus que les précédentes, des organisations de travail flexibles et la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle (20).

La généralisation de l'activité professionnelle des femmes a modifié le modèle traditionnel de l'organisation professionnelle, dans le sens où les femmes ont développé des stratégies, comme la densification du temps de travail, afin d'adapter leur temps de travail aux exigences de leur vie privée (23). Puis, ces différences concernant le temps de travail et l'organisation du travail entre les deux sexes ont eu tendance à diminuer (23,24). Selon Lapeyre et Robelet, les changements qui affectent les modes d'exercice et d'organisation de la médecine générale relèvent à la fois d'un effet de genre et d'un effet de génération, ce que confirme Denekens, pour qui « *les jeunes hommes médecins ressemblent plus aux jeunes femmes médecins qu'aux médecins hommes plus âgés* » (22,24). L'analyse de ces changements doit s'inscrire dans un contexte affectant la sphère du travail comme celle de la famille. Ce contexte favorise une distanciation des jeunes médecins généralistes par rapport à l'éthos professionnel classique caractérisé par une forte légitimité de la disponibilité permanente. Quel que soit leur sexe, de nos jours, les jeunes médecins valorisent et légitiment les autres temps sociaux, ce qui les conduit à redéfinir leur rapport au travail, notamment à travers des stratégies d'intensification et de condensation du temps de travail (25). En outre, les médecins de cette jeune génération, étant majoritairement en couple avec des conjoints actifs et diplômés, sont davantage affectés par la

question de la compatibilité des carrières et par l'équilibre entre la vie professionnelle et les contraintes domestiques (22).

Le sentiment de surinvestir la vie professionnelle au détriment de la vie privée pouvait aussi être source d'insatisfaction pour plusieurs diplômés.

Le déséquilibre ressenti entre la vie professionnelle et la vie privée est également, selon Jonckheer, un facteur d'épuisement professionnel (17).

Cinquième facteur : la charge de travail

La charge de travail était en grande partie responsable de la difficulté à concilier vie privée et vie professionnelle. Cet élément était déjà pris en compte par les diplômés au moment de leur choix d'orientation, et devenait un facteur majeur intervenant dans leurs choix professionnels lorsqu'ils commençaient à travailler, en agissant sur la satisfaction au travail.

D'ailleurs, le sentiment d'une surcharge a pu générer, chez certains diplômés, le sentiment de travailler sous pression, qui était accentué par les efforts produits pour garantir la conciliation des différents temps sociaux.

La définition d'une surcharge de travail ne fait pas l'objet d'une norme, et est perçue différemment par les individus, en fonction de leur sensibilité personnelle et de leur contexte de vie (2,17).

Parmi les éléments responsables d'un sentiment de surcharge de travail, nous avons mis en évidence l'augmentation des demandes et des attentes des patients (parfois jugées irréalistes), l'obligation de continuité des soins (dont la garde), l'accroissement de la charge administrative et la complexification du travail liée à l'augmentation des maladies chroniques.

Ces facteurs avaient également été décrits comme générant de l'insatisfaction (9,15).

Le sentiment de surcharge de travail pouvait être associé à une ambiguïté entre les différents rôles joués par les médecins généralistes, qui connaissent une augmentation des tâches administratives au détriment du temps passé avec les patients. Une étude anglaise avait d'ailleurs montré que cette ambiguïté de rôle était également une source d'insatisfaction pour les médecins généralistes (26). D'autres études ont, quant à elles, indiqué que la surcharge de travail, associée à un sentiment de responsabilité et à la perception que les conditions de travail ne s'amélioreront pas, pouvait induire de l'anxiété et épuiser les médecins, qui seront plus enclins à quitter la profession (15,17,19).

Parmi les solutions proposées pour limiter la charge de travail et augmenter la satisfaction, Wordsworth propose de recentrer les activités des médecins généralistes autour des soins aux patients (27). En outre, le travail flexible et à temps partiel est également une solution pour attirer et maintenir les médecins dans la profession (9,15). Pour Dwan, le travail à temps partiel permet aux médecins généralistes de dégager du temps pour s'occuper de leur propre santé physique et psychique, mais aussi pour réfléchir aux cas complexes, et ainsi effectuer un travail de qualité (9).

D'autres stratégies de régulation du temps de travail ont été mises en place par les diplômés, comme le fait d'imposer des plages horaires aux patients, de privilégier l'exercice sur rendez-vous ou de travailler en groupe. Cependant, ces stratégies n'étaient pas toujours aisées à mettre en place en début de pratique, où se posait la question de la rentabilité.

Une étude néerlandaise a également montré que des mesures visant à diminuer la charge de travail, comme la création de postes médicaux de garde, permettent de réduire les départs anticipés (28).

Sixième facteur : la rémunération

La rémunération, qui est également en lien avec la satisfaction au travail, compose le sixième facteur. La rémunération des médecins généralistes paraissait insuffisante à certains diplômés en regard de la charge de travail, mais aussi des revenus des médecins d'autres spécialités.

Cette différence de rémunération entre spécialités existe dans d'autres pays et, comme l'ont montré plusieurs études, est source d'insatisfaction pour les médecins généralistes (9,15,29). Pour Natanzon, cette moindre rémunération des médecins généralistes, par rapport aux médecins des autres spécialités, altère l'image de la discipline, qui peut paraître de moindre qualité ou moins prestigieuse (29). Néanmoins, Shadbolt suggère que les jeunes générations sont moins motivées par les considérations financières que par d'autres facteurs liés à la satisfaction au travail et au style de vie (20). D'ailleurs, Marchand souligne dans sa revue de la littérature sur les mesures de recrutement et de rétention des médecins généralistes qu'augmenter la rémunération ne compense pas les autres sources d'insatisfaction, comme la charge de travail (15).

Septième facteur : le soutien

La perception des médecins généralistes d'être soutenus dans leur travail, à la fois par leurs pairs et par l'Etat, influence leurs choix professionnels. Au moment du choix de leur spécialisation, les diplômés recherchaient un climat de travail où ils auraient la sensation d'être soutenus par leurs collègues.

Lors de la formation de spécialisation, le soutien de médecins avec plus d'expérience, dont le maître de stage, a pu agir sur le sentiment d'être prêt à exercer. Cette impression d'être bien préparé était responsable d'un sentiment d'accomplissement, alors que le contraire était une source d'anxiété.

Par la suite, un environnement de travail agréable et un soutien des pairs étaient des facteurs de satisfaction pour les diplômés. En revanche, un manque de support ou un conflit au sein de l'équipe pouvaient générer du stress et une intention de quitter la profession.

L'influence du climat de travail et du soutien par les pairs sur les choix d'orientation et la satisfaction au travail des médecins généralistes est en accord avec les résultats d'autres études (2,15,17,19).

Le soutien de l'Etat était également réclamé par les diplômés qui demandaient moins de contraintes organisationnelles et administratives, et davantage d'autonomie.

Huitième facteur : l'image de la profession

Parfois, les diplômés ont éprouvé des difficultés à assumer le choix de se spécialiser en médecine générale en raison de l'image négative de la profession, qui pouvait être transmise, entre autres, par des médecins d'autres spécialités.

Rodriguez a montré, dans une étude consacrée à l'influence des discours académiques sur la construction du choix de spécialisation des étudiants dans quatre pays (Canada, France, Espagne et Grande-Bretagne) que, lorsque la discipline est considérée comme prestigieuse, elle est appréciée des étudiants, alors que, quand elle est dévalorisée, soit ouvertement soit par un discours académique mettant en évidence, par exemple, son manque d'utilisation de technologies innovantes, elle est plus fréquemment rejetée (30). D'ailleurs, Bennet et Philipps indiquaient, dans leur revue de la littérature, que les étudiants recherchant du prestige s'orientent plus fréquemment vers d'autres spécialités (16).

Les étudiants choisissant la médecine générale pour ses caractéristiques intrinsèques éprouvaient parfois des difficultés à assumer leur choix face à leur entourage ou à des médecins d'autres spécialités leur indiquant qu'ils « pourraient faire mieux ».

Selon Doran, une image négative de la profession peut également être transmise par des médecins généralistes ayant le sentiment de ne pas être reconnus, d'être mal rémunérés ou surchargés de travail

(20). Ce portrait de médecins généralistes stressés, déçus et dépassés par le travail, amplifie l'image négative de la profession dans les médias, et peut affecter l'identité professionnelle et la satisfaction des médecins généralistes (15). Dans une étude française portant sur l'image de la médecine générale dans la presse écrite grand public, Hedelius montre que la presse a une vision superficielle et plutôt négative de la discipline, sous-estimant, entre autres, sa complexité et sa diversité (31).

Le manque de reconnaissance de leur travail est un facteur d'insatisfaction connu chez les médecins généralistes (15). Ainsi dans notre étude, plusieurs diplômés estimaient que leur travail n'était pas toujours reconnu à sa juste valeur par les patients, mais également par leurs collègues d'autres spécialités et par l'Etat.

Neuvième facteur : la place de la médecine générale dans le cursus universitaire

L'exposition des étudiants à la médecine générale au cours du cursus était un facteur d'influence important dans leur choix de spécialisation. Or, cette discipline est sous-exposée par rapport aux autres, que ce soit au regard du nombre d'enseignants, de cours ou de stages.

En 1995, Campos-Outcalt suggérait que la meilleure stratégie, pour accroître la proportion d'étudiants choisissant la médecine générale, était une réforme facultaire mettant l'accent sur l'enseignement et l'exposition à la pratique de la médecine générale, et augmentant la proportion d'enseignants-médecins généralistes (32). Depuis, des preuves ont été apportées que la mise en œuvre de programmes valorisant les soins primaires influe sur les choix de spécialisation des étudiants (15).

Ainsi, les stages agissent sur l'attitude des étudiants envers la discipline, en leur donnant l'opportunité de faire l'expérience de son exercice (20). Toutefois, pour avoir un impact positif sur le choix de la médecine générale comme spécialisation, les stages doivent remplir certaines conditions. Tout d'abord, ils doivent avoir lieu assez tôt dans le cursus afin que la discipline puisse être prise en considération par les étudiants dans leur réflexion d'orientation (15). Ensuite, ils doivent avoir une certaine durée. Wimsatt a démontré que les stages ayant une durée minimum de trois à quatre semaines avaient plus d'impact sur le choix de spécialisation en médecine générale (33). Enfin, les maîtres de stage doivent jouer le rôle de modèle positif, tant dans le domaine clinique que concernant la conciliation de la vie privée et de la vie professionnelle, car, si une bonne expérience peut attirer les étudiants vers la pratique de la médecine générale, une mauvaise peut les rebuter (34,35).

Dixième facteur : les caractéristiques des formations de spécialisation

L'accessibilité de la formation et sa durée relativement courte étaient, pour certains diplômés, des facteurs influençant positivement la décision de choisir la médecine générale plutôt qu'une autre spécialité. Une formation plus courte était souvent perçue comme plus conciliable avec la vie de famille. Le climat de la formation, moins compétitif, était également recherché par les diplômés ayant opté pour cette discipline.

L'attractivité de la formation spécifique en médecine générale, par sa durée et son climat moins compétitif, avait été mise en évidence par Scott (35). Toutefois, ce dernier avait également souligné qu'en étant plus courte, la formation pouvait également donner l'impression d'être plus facile et renvoyer une image négative de la discipline.

4.2. Forces et faiblesses de l'étude

La méthode des entretiens semi-dirigés, basée sur la reconstruction longitudinale des parcours professionnels, nous assurait de ne pas partir d'une vision prédéfinie de la « carrière » d'un diplômé de médecine générale, et ainsi de mettre en évidence des trajectoires moins conventionnelles (pour lesquelles les étapes de spécialisation-installation-pratique ne se suivaient pas forcément).

Cette technique a également permis de dépasser la simple identification de facteurs et de souligner le sens que les individus attribuaient à leurs choix, à leur vécu et à leurs activités, que ce soit, par exemple, au travers de l'expression de leurs valeurs ou de l'interprétation qu'ils faisaient de certains événements. Elle a également permis d'approfondir l'analyse en objectivant les liens et la logique qu'ils établissaient entre les différents facteurs influençant leur parcours professionnel.

Ensuite, alors que la plupart des études se concentraient sur une étape du parcours professionnel, cette recherche a exploré l'ensemble de ce parcours, du choix des études de médecine à la situation professionnelle des diplômés au moment de l'enquête, qu'ils pratiquent ou non la médecine générale. Cette étude cherchait également à comparer les parcours des diplômés pratiquant la médecine générale à temps plein, à temps partiel ou ne l'exerçant plus.

L'analyse par des chercheurs ayant des formations différentes (médecins généralistes et sociologue) a, quant à elle, rendu possible une lecture plus large des résultats.

Pourtant, si les entretiens semi-dirigés explorent la manière dont les individus justifient ou expliquent leurs choix, l'analyse de leurs contenus doit être réalisée en considérant qu'il ne s'agit pas d'une restitution fidèle mais d'une reconstruction à partir de la conscience présente de ce que l'individu peut se rappeler. Ainsi, quatre biais principaux peuvent apparaître en lien avec les processus de mémorisation qui n'enregistrent que les faits ou les événements à forte charge émotionnelle ou ayant demandé un effort cognitif (36). Le premier biais est lié à l'écrasement des événements faiblement chargés émotionnellement ou ayant demandé peu d'efforts cognitifs, au profit de ceux fortement chargés, ce qui peut conduire à des raccourcis temporels dans le récit. Le deuxième biais est en lien avec la reconstruction du passé qui peut faire l'objet d'une réorganisation temporelle des événements où l'effet devient la cause et inversement. Quant au troisième biais, il consiste en une réorganisation des événements par matérialisation de l'imaginaire, des scénarios non réalisés devenant alors des faits dans le récit. La recherche d'une cohérence interne dans le parcours est d'ailleurs accentuée (consciemment ou non) par sa mise en récit. Enfin, le dernier biais tend à pondérer les rôles des acteurs qui sont intervenus, en majorant l'effet de personnes dont la crédibilité est estimée la meilleure.

En plus des biais liés à la mémorisation, les récits peuvent différer d'une restitution conforme du parcours en raison de l'omission de certains éléments, liée à l'impression d'un manque de pertinence ou à une omission volontaire de peur d'un jugement de l'interrogateur.

Ensuite, d'un point de vue méthodologique, l'objectif même de l'étude rendait difficile la saturation des données en raison de la multiplicité des parcours professionnels. Toutefois, le nombre d'entretiens réalisés a permis d'obtenir un échantillon varié et d'obtenir la saturation des données concernant les facteurs communs orientant les choix professionnels de ces diplômés. En outre, leurs activités professionnelles et leur organisation de travail, au moment de l'étude, correspondaient à un état de stabilisation qui pouvait n'être que transitoire. Ainsi, la situation professionnelle des diplômés pourrait, dans l'avenir, évoluer tant en termes de types d'activités pratiquées que de temps de travail. A ce titre, des différences avaient été notées pour certains diplômés entre les activités pratiquées lors des deux phases de l'étude, réalisées à un an d'intervalle.

De plus, les entretiens étant réalisés sur base volontaire à partir du questionnaire de la phase précédente, il est impossible de savoir si les diplômés ayant choisi de participer à l'étude différaient de ceux ayant refusé de participer. Il est possible que les diplômés ayant des expériences négatives aient été plus enclins à accepter les entretiens. Cependant, la variété des parcours et des facteurs ayant influencé les choix professionnels, laissent à penser que ce risque est minime.

Enfin, le choix d'étudier les parcours des diplômés de médecine générale ne procure pas d'informations sur les facteurs influençant les choix d'orientation professionnelle des étudiants qui

avaient envisagé la médecine générale, au début de leurs études, avant de finalement choisir une autre spécialité. Cette étude ne fournit pas non plus d'indications sur le parcours des étudiants ayant choisi de se spécialiser en médecine générale avant de se réorienter en cours de formation de spécialisation. Toutefois, les informations collectées concernant les étudiants ayant modifié leurs choix d'orientation pendant leurs études offrent des hypothèses explicatives qui mériteraient d'être confirmées. Ainsi, d'après notre étude, les modifications de choix d'orientation ont pu se faire, entre autres, en réaction à la pratique de la spécialité initialement choisie ou suite à la découverte d'une autre discipline vers laquelle les étudiants ont finalement préféré s'orienter. En ce sens, un phénomène similaire pourrait conduire des étudiants, envisageant au départ la médecine générale, à se réorienter vers une autre spécialité.

5. Conclusion

A l'issue de cette étude, l'examen des parcours des diplômés de médecine générale souligne que ceux-ci répondent aux principes du développement tout au long de la vie et impliquent l'ensemble des rôles sociaux des individus. Cette construction continue du parcours professionnel complique la prédiction de son évolution. Cependant, des facteurs communs à l'ensemble des diplômés ont été objectivés.

Ces facteurs, d'ordre privé ou professionnel, peuvent agir sur les choix d'orientation professionnelle en modifiant les représentations des étudiants et la satisfaction au travail des médecins généralistes exerçants. Toutefois, les modifications du parcours ne sont pas toujours de l'ordre du choix et peuvent être la conséquence de contraintes.

Ainsi, cette étude a montré que les diplômés contraints à se spécialiser en médecine générale ne pratiquaient pas la discipline à terme. Les mesures visant à augmenter le nombre de places disponibles en spécialisation de médecine générale tout en limitant l'accès aux autres spécialités (et donc contraindre les étudiants à s'orienter vers la médecine générale), risquent donc, à elles seules, de ne pas être suffisantes pour maintenir une force de travail permettant de faire face aux besoins en médecine générale.

En revanche, d'autres pistes de solution peuvent être proposées afin d'améliorer la représentation de la profession et la satisfaction au travail des médecins généralistes. Pour cela, les caractéristiques de la discipline et la possibilité de choisir ses activités professionnelles et son organisation de travail, devraient être valorisées. Au contraire, il est nécessaire de lutter contre les facteurs pouvant engendrer une représentation négative de la discipline auprès des étudiants ou de l'insatisfaction chez les médecins généralistes exerçants, comme la charge de travail, l'isolement, la rémunération et l'image négative de la discipline transmise par le grand public ou des médecins d'autres spécialités.

Les universités, responsables de la formation, et l'Etat, qui définit le cadre légal de travail, ont un rôle essentiel à jouer dans la mise en place de ces actions d'attraction et de maintien dans la profession des médecins généralistes.

Bibliographie

1. Querido SJ, Vergouw D, Wigersma L, Batenburg RS, De Rond MEJ, Ten Cate OTJ. Dynamics of career choice among students in undergraduate medical courses. A BEME systematic review: BEME Guide No. 33. *Med Teach*. 2016;38(1):18–29.
2. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, Lingner H, Hoffman RD, Czachowski S, et al. Which positive factors determine the GP satisfaction in clinical practice? A systematic literature review. *BMC Fam Pract*. 2016 Sep 13;17(1):133.
3. Degen C, Li J, Angerer P. Physicians' intention to leave direct patient care: an integrative review. *Hum Resour Health*. 2015 Sep 8;13:74.
4. Gingras M, Spain A, Cocandeau-Bellanger L. La carrière, un concept en évolution. *Carrièreologie*. 2006;10(3–4):411–26.
5. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin;
6. Gysbers NC, Heppner MJ, Johnston JA. Conseil et développement de carrière tout au long de la vie. *Orientat Sc Prof*. 2000;29(1):91–115.
7. Savickas ML, Nota L, Rossier J, Dauwalder J-P, Duarte ME, Guichard J, et al. Construire sa vie (Life designing) : un paradigme pour l'orientation au 21e siècle. *Orientat Sc Prof*. 2010 Mar 15;(39/1):5–39.
8. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien, Abstract. *Rev Fr Aff Soc*. (1):101–25.
9. Dwan KM, Douglas KA, Forrest LE. Are “part-time” general practitioners workforce idlers or committed professionals? *BMC Fam Pract*. 2014 Sep 19;15:154.
10. Hall DT. The career is dead--long live the career: a relational approach to careers. Jossey-Bass Publishers; 1996. 392 p.
11. DeFillippi RJ, Arthur MB. The boundaryless career: A competency-based perspective. *J Organ Behav*. 1994;15(4):307–324.
12. Bloy G. Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés. *Rev Fr Aff Soc*. 2011 Dec 16;(2):9–28.
13. Laroche P. Syndicalisation et satisfaction au travail: une première analyse empirique dans le contexte français. CFE-CGC; 2015. 101 p.
14. Hann M, Reeves D, Sibbald B. Relationships between job satisfaction, intentions to leave family practice and actually leaving among family physicians in England. *Eur J Public Health*. 2011 Aug;21(4):499–503.
15. Marchand C, Peckham S. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2017 Apr;67(657):e227–37.
16. Bennett KL, Phillips JP. Finding, recruiting, and sustaining the future primary care physician workforce: a new theoretical model of specialty choice process. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2010 Oct;85(10 Suppl):S81-88.

17. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, et al. Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge. Brussels: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2011.
18. Mazzaglia G, Lapi F, Silvestri C, Roti L, Giustini SE, Buiatti E. Association between satisfaction and stress with aspects of job and practice management among primary care physicians. *Qual Prim Care*. 2009;17(3):215–23.
19. Delansorne F, Buis H, Robino S, Tomas J, Huez J-F, Fanello S. Cessations anticipées d'activité des médecins généralistes libéraux dans les trois départements de l'ouest de la France. Quelle réalité? *Sante Publique (Bucur)*. 2009 Aug;21(4):375–82.
20. Shadbolt N, Bunker J. Choosing general practice - a review of career choice determinants. *Aust Fam Physician*. 2009 Feb;38(1–2):53–5.
21. Jean O, Leloup M, Vardon D, Fanello S. Activités médicales hors cabinet des médecins généralistes. *Santé Publique*. 2010 Jan 18;21(5):453–64.
22. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. *Sociol Prat*. (14):19–30.
23. Lapeyre N, Feuvre NL. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Rev Fr Aff Soc*. (1):59–81.
24. Denekens JPM. The Impact of Feminisation on General Practice. *Acta Clin Belg*. 2002;57(1):5–10.
25. Lapeyre N, Robelet M. Du temps professionnel total à la régulation des temps sociaux : les jeunes générations de médecins devant l'émergence d'un nouvel éthos temporel. *Loisir Société Soc Leis*. 2006;29(1):57–78.
26. Doran N, Fox F, Rodham K, Taylor G, Harris M. Lost to the NHS: a mixed methods study of why GPs leave practice early in England. *Br J Gen Pr*. 2016 Feb 1;66(643):e128–35.
27. Wordsworth S, Skåtun D, Scott A, French F. Preferences for general practice jobs: a survey of principals and sessional GPs. *Br J Gen Pract*. 2004 Oct 1;54(507):740–6.
28. Van Greuningen M, Heiligers PJM, Van der Velden LFJ. Motives for early retirement of self-employed GPs in the Netherlands: a comparison of two time periods. *BMC Health Serv Res*. 2012 Dec 18;12:467.
29. Natanzon I, Ose D, Szecsenyi J, Campbell S, Roos M, Joos S. Does GPs' self-perception of their professional role correspond to their social self-image?--a qualitative study from Germany. *BMC Fam Pract*. 2010 Feb 4;11:10.
30. Rodríguez C, López-Roig S, Pawlikowska T, Schweyer F-X, Bélanger E, Pastor-Mira MA, et al. The influence of academic discourses on medical students' identification with the discipline of family medicine. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2015 May;90(5):660–70.
31. Hedelius M, Boukhezra N, Lasserre E, Letrilliart L. La médecine générale vue par la presse écrite grand public : la crise, rien que la crise ! *Exercer*. 2014;(113):100–10.
32. Campos-Outcalt D, Senf J, Watkins AJ, Bastacky S. The effects of medical school curricula, faculty role models, and biomedical research support on choice of generalist physician careers: a review and quality assessment of the literature. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 1995 Jul;70(7):611–9.

33. Wimsatt LA, Cooke JM, Biggs WS, Heidelbaugh JJ. Institution-Specific Factors Associated With Family Medicine Residency Match Rates. *Teach Learn Med.* 2016 Sep;28(3):269–78.
34. Nicholson S, Hastings AM, McKinley RK. Influences on students' career decisions concerning general practice: a focus group study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2016 Oct;66(651):e768-775.
35. Scott I, Wright B, Brenneis F, Brett-Maclean P, McCaffrey L. Why would I choose a career in family medicine?: Reflections of medical students at 3 universities. *Can Fam Physician Med Fam Can.* 2007 Nov;53(11):1956–7.
36. Van der Maren J-M. Le souvenir et le bouleversement du temps dans la reconstruction du passé. *Réflexions méthodologiques. Rech Qual.* 2010;Hors série(8):37–50.

Annexe 1 : Guide d'entretien de l'étude

Présentation de l'étude en insistant sur le thème (le parcours des diplômés), sur le caractère confidentiel, sur l'importance de leur témoignage.

Guide d'entretien (*Questions de relance, éléments à ne pas oublier d'évoquer*)

1. Pourriez-vous me parler de votre parcours universitaire et des raisons qui vous ont conduit à choisir de faire des études de médecine ?

- études de médecine (ou autres avant) :

- D'après vous, ces études vous convenaient-elles ? Pourquoi les aviez-vous choisies ?
- Quels étaient les points positifs et ceux qui ne vous convenaient pas ?
- Quel a été votre parcours, notamment en termes de stage ? Quelle a été l'influence de vos maîtres de stage dans la suite de votre parcours ?

- études de MG

- Qu'est-ce qui vous a conduit vers la MG ? qu'est-ce qui vous attirait ? Qu'est-ce que vous craigniez ? Des personnes ou des événements particuliers ont-ils influencé votre choix ?
- Parlez-moi de votre assistantat ? Dans quel type de pratique l'avez-vous réalisé ? Qu'est-ce qui vous a particulièrement plu ? A quel genre de difficultés avez-vous dû faire face ? Cela correspondait-il à vos attentes ? En quoi cela différait-il ?

- Évoquer des études ultérieures éventuellement mentionnées

- Pourquoi avez-vous choisi de continuer des études ? Faire préciser la temporalité par rapport aux études de médecine et MG et par rapport à l'installation.

2. Pourrions-nous ensuite évoquer votre parcours professionnel une fois votre spécialisation en MG obtenue ? Racontez-moi. (*Laisser d'abord parler*)

- Si pas du tout de MG : j'ai bien compris que vous n'aviez jamais pratiqué comme MG ?

- Puis-je vous demander pourquoi ?
- Qu'est-ce que vous avez fait après vos études de MG ?
- Pensiez-vous déjà vous réorienter pendant vos études ?
- Qu'est-ce qui vous a décidé ?
- Cela a-t-il été une décision difficile à prendre ? Qu'est-ce qui vous a convaincu de le faire ?

- Si installation en MG :

- Parlez-moi de vos débuts dans la pratique :

Faire préciser le cadre (type de pratique, type de patientèle)

Qu'est-ce qui vous plaisait dans ce métier ? Qu'est-ce qui était plus difficile à vivre ? Le début de votre pratique correspondait-il à ce que vous aviez imaginé ? Qu'est-ce qui correspondait bien à votre première représentation ? Si non, en quoi cela différait-il ?

- Si poursuite : votre pratique actuelle ressemble-t-elle à celle de vos débuts ? Si non, quels changements ont eu lieu ? Comment avez-vous adapté certains aspects de votre pratique ou de votre organisation personnelle ? Était-ce

nécessaire ? Des événements particuliers vous ont-ils perturbé ou au contraire confortés dans vos choix ? Pouvez-vous m'en parler ?

- *Si réorientation partielle* : vous me dites que vous avez réduit votre pratique au profit de, pouvez-vous m'en dire plus ? qu'est-ce qui s'est passé ?
Faire préciser les modalités (temporalité, type de pratique,)
Pourquoi avez-vous décidé à ce moment-là de modifier votre pratique ?
- *Si arrêt de la MG* : Pouvons-nous évoquer plus en détail le moment de votre arrêt de la pratique de MG ?
Raisons, antériorité du questionnaire ou de la volonté d'arrêter, événement particulier, temporalité, décision (difficulté, choix, évidence ?)
Quels sont les aspects de la profession que vous regrettez ? Et ceux dont vous êtes soulagés de ne plus avoir à y faire face ?

3. Et concernant votre situation professionnelle actuelle, celle-ci vous convient-elle ou pensez-vous changer ?

- *Etes-vous satisfait ? Avez-vous des regrets ?*
- *Regrettez-vous certaines choses de votre ancienne situation professionnelle ?*

4. Auriez-vous souhaité un soutien ou une aide particulière à un moment de votre parcours ? Avez-vous des suggestions de mesures à prendre pour soutenir les jeunes pendant leurs études ou après leur diplôme de MG ?

5. Avez-vous d'autres commentaires ?

Annexe 2 : Grille d'analyse de l'étude

Thèmes	Sous-thèmes
Choix études de médecine	Affinités avec domaine scientifique
	Etre indépendant dans son travail
	Large éventail de débouchés professionnels
	Venir en aide/soigner
	Certitude vs réflexion
	Expériences personnelles marquantes
	Avoir un statut social élevé
Avis sur études de médecine	Quant à l'humanité dans les études
	Quantité de travail importante
	Études théoriques (peu de contacts humains)
	Plaisir
	Structuration des études trop strictes
Choix MG comme spécialité	Certitude vs réflexion
	Hôpital comme figure repoussoir
	Structuration études
	Décision prise après les stages/cours de MG
	Pouvoir choisir son lieu d'exercice
	Choix par défaut
Représentation MG <i>a priori</i>	Diversité domaines
	Humain/rapports avec les patients
	Indépendance dans la pratique
	Difficultés organisationnelles ; gestion temps travail et vie personnelle
	Présence d'un médecin dans son réseau familial/amical
	Métier comme un autre
	Faire face à la perception négative de la MG (de l'entourage, des étudiants, des académiques, etc.)
Assistanat	Organisation du travail
	Choix en fonction lieu pratique
	Choix en fonction type pratique
	Choix en prévision installation future
	Doute vs certitude quant au fait de continuer
	Relations/rapports avec patients
	place et rôle du maître de stage/des séminaires
	Sur la place et l'intérêt du TFE
Confrontation pratique et représentation a priori de MG	Quant aux attentes
	Dimension humaine présente
Installation	Continuité avec assistantat
Evolution dans la pratique	Pour mieux gérer ses horaires et organisation de travail (en lien aussi avec vie familiale)
	Changement type de pratique
	Formations complémentaires/Activités hors pratique clinique de MG
	Pour augmenter sa patientèle
	Par connaissance antérieure MG

	Pour avoir plus d'échanges avec des collègues MG (support)
	Conflits de personnes/d'organisation
	Pour augmenter ses revenus
Arrêt MG (effectif ou réflexion)	Vie familiale et sociale vs vie professionnelle
	Réduction temps de travail
	Sentiment d'épuisement professionnel
	Plaisir de pratiquer malgré tout
	Charge de travail
	Faire une pause professionnelle/suivre une autre formation
	Relations/rapports aux patients
	Pour raisons financières
	Du fait de nouvelles opportunités professionnelles
Situation actuelle	Equilibre vie professionnelle et vie familiale
	Equilibre charge de travail et revenus
	Quant au type de pratique
	Réseau professionnel établi
	Relation établie avec ses patients
	Quant à l'organisation des gardes
	Quant aux échecs et erreurs médicales
	Activités autres que la MG
	Attrait nouveau métier par rapport à l'ancienne pratique de MG
	Regret par rapport à l'arrêt de MG
	Activité de maître de stage
Suggestions	Mieux faire connaître la réalité de la pratique de MG
	Aide à l'installation ou à la réorientation
	Groupes de soutien
	Valoriser financièrement la MG
	Stages de MG plus tôt et pour tout le monde
	Valoriser les compétences des MG
	Davantage d'homogénéité dans la profession
	Davantage de souplesse quant à l'encadrement législatif de la MG
	Cours de MG pendant l'assistantat/aide au TFE
	Etre attentif à la qualité des maîtres de stage
	Faire des stages dans des pratiques plus spécifiques durant l'assistantat
	Donner des cours de MG plus pratiques